Czasopismo Lekarskie

IX. 1907. Marzec. 3.

O badaniu zapasowej energii serca za pomocą ucisku na tętnice biodrowe (sposób Katzensteina), oraz o spostrzeganych przy tem zmianach w krzywej tętna.

Podał **Władysław Janowski**,

docent Akademii i ordynator szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Jest faktem powszechnie wiadomym, że u pewnej grupy osobników, u których serce działa w zwykłych warunkach życiowych normalnie, sprawność jego okazuje się niedostateczną w okolicznościach, wymagających zwiększonej energii jego pracy. Do warunków tego rodzaju należy przedewszystkiem przebywanie przez takich osobników chorób zakaźnych i chloroformowanie z powodu operacyi. W rzeczonych okolicznościach serce ma okazyę wykazania, czy jest w stanie zdobyć się na zwiększenie swej normalnej sprawności, t. j. czy i jaki mianowicie posiada w sobie zapas energii zapasowej, dzięki której potrafi przystosować się do nowej spadłej na nie pracy. Przy dotychczasowych sposobach badania serca za pomocą opukiwania go i wysłuchiwania, niepodobna powziąć à priori wniosku, czy i w jakim stopniu serce odnośnego osobnika taką zapasową energię posiada. O braku jej dowiadujemy się, niestety, zazwyczaj zapóźno dopiero ex post, t. j. z niepomyślnego przebiegu choroby zakaźnej lub z zapaści serca w ciągu 1—5 dni po poddaniu chorego operacyi pod chloroformem. Wskutek tego jednem z najpilniejszych, najżywotniejszych zadań tak zwanej funkcyonalnej dyagnostyki serca, t. j. szeregu klinicznych metod badania, mających na celu określenie sprawności serca w stanach normalnych i chorobowych, jest wyszukanie metody, która pozwalałaby na określenie, czy serce danego osobnika, przedstawiające się w normalnych warunkach życiowych jako zupełnie zdrowe, posiada jeszcze jakąś energię zapasową, z której mogłoby zrobić użytek w warunkach niezwykłego wytężenia jego pracy, i jaką mianowicie jest wielkość tego zapasu, czyli, inaczej mówiąc, jaki jest stopień tej zapasowej energii serca.

Sposoby badania tej zapasowej energii serca, proponowane dotychczas przez Romberg'a (1), Christ'a, Graeupner'a (2) i innych, miały tę niedogodność, że badały zachowanie się tętnic i ciśnienia krwi przy pracy mięśniowej, wymagającej zmiany położenia ciała. Obydwa powyższe warunki razem, a nawet każdy z nich oddzielnie (Donnel, Winternitz, (3) Cybulski (4)) wpływają na rytm tętna i na powiększenie głębokości ruchów oddechowych; te ostatnie zaś wpływają, jak wiadomo, samoistnie na obniżenie (głęboki wdech) lub podniesienie (głęboki wydech) ciśnienia krwi. Wynika stąd, że otrzymane na drodze powyższych badań wahania w ciśnieniu krwi zależą od sumy warunków, które raz wpływają na ciśnienie krwi w jednym kierunku, innym zaś razem — w odwrotnym, i nie nadają się do ścisłych wniosków w celu określenia zapasowej energii serca w odnośnym przypadku. Proponowane w tym samym celu badanie serca za pomocą ergostatu, którego wyższość polega na tem, że wykonywana przytem praca daje się dokładnie obliczyć na kilogramometry i jest dla wszystkich badanych osobników jednakową co do rodzaju, również kwestyi nie rozwiązuje, gdyż 1) wchodzą tu również w grę wahania w ciśnieniu krwi, zależne od pogłębienia ruchów wdechowych; 2) osobniki, nieprzywykłe do pracy mięśniowej, męczą się przy badaniach z ergostatem daleko szybciej od tych, które zwykle fizycznie dużo pracują; 3) sam rodzaj pracy u pierwszych osobników przy tego rodzaju doświadczeniach jest innym, niż u osobników drugiej kategoryi. Przybywa do tego nadto czwarta niezmiernie ważna okoliczność, że tego rodzaju doświadczenia nie są bynajmniej obojętne, a czasem nawet bardzo niebezpieczne dla serc słabych, na których określeniu ew. energii zapasowej najbardziej nam w klinice zależy. Znane są bowiem zejścia śmiertelne po tego rodzaju badaniach.

Wskutek tego na szczególne zainteresowanie świata klinicznego zasługuje ogłoszona w 1904 r. przez Katzenstein'a (5, 6, 7) metoda badania zapasowej energii serca, w której niepotrzebne są ani zmiany położenia ciała badanego osobnika, ani narażanie go na niebezpieczeństwo, ani zmiana rytmu oddechowego.

Teoretyczną podstawą tego sposobu badania zapasowej energii serca jest wielokrotnie, empirycznie przez Katzenstein'a na zwierzętach ustalony fakt, że u zwierząt zdrowych, mających serce zupełnie sprawne, następuje, po podwiązaniu większych tętnic, podniesienie ciśnienia krwi bez przyśpieszenia tętna, trwające przez szereg tygodni, i wyrównywające się stopniowo (w ciągu 2—2$^1/_2$ miesięcy), w miarę unormowania się obocznego obiegu krwi. U zwierząt słabych podwiązanie dużych naczyń nietylko nie powoduje podniesienia ciśnienia krwi, lecz sprowadza jego opadanie, lub conajmniej pozostanie w mierze, przyczem tętno staje się częstszem. Ostatniego rodzaju zwierzęta operacyi podwiązania wielkich naczyń nie znosiły, lecz zdychały. Stąd Katzenstein wyprowadza wniosek, że o ile serce operowanego zwierzęcia nie jest zdolne do zwiększenia swej pracy, niezbędnego dla podniesienia ciśnienia krwi w naczyniach, w celu wyrównania ogólnego jej krążenia, to zwierzę takie musi paść.

Katzenstein twierdzi, że powodem zwiększenia się ciśnienia krwi u omówionych zdrowych zwierząt jest zwiększona siła pojedynczych skurczów ich serca. Zdanie to opiera na tem, że u zwierząt, zabitych w 2—2$^1/_2$ miesięcy po podwiązaniu aorty, znajdywał przerost lewej komory serca, co uważa za dowód, że musiało ono pracować usilniej. Zdanie Marey'a i Weber'a, podług których podniesienie ciśnienia krwi, po podwiązaniu dużych naczyń, zależy od zwiększenia ilości płynu w pozostałym układzie krążenia krwi, Katzenstein uważa za mylne na tej zasadzie, że, przy słuszności zdania wymienionych autorów, cisnienie krwi musiałoby wyrównywać się w ciągu minut lub godzin, podczas gdy Katzenstein spostrzegał to wyrównanie się dopiero po 2—2$^1/_2$ miesiącach.

Przenicsłszy swoją metodę badania na ludzi, Katzenstein wykonywa swoją „próbę sprawności serca“ w ten sposób, że, określiwszy przedtem ciśnienie krwi tonometrem Gaertner'a i zliczywszy tętno, uciska następnie obydwiema rękami obie tętnice udowe badanego osobnika, przyciskając je na wysokości więzu Poupart'a do kości w ciągu 2—2$^1/_2$, a najwyżej 5 minut, po których upływie, nie przerywając ucisku, bada ponownie ciśnienie krwi. Przed doświadczeniem (do którego, naturalnie, niezbędny jest pomocnik) chory musi przez czas pewien leżeć spokojnie. Podczas niego powinien on oddychać spokojnie, równomiernie. Ucisk na naczynia musi być *równomierny* i nie powinien wywoływać bólu.

Zbadawszy w ten sposób 128 osobników, na których wykonał około 300 pomiarów ciśnienia, Katzenstein doszedł do następujących wniosków:

1) U osobników zdrowych (zbadał 63-ch) ciśnienie krwi podnosi się o 5‴—15‴ rtęci tonometru Gaertner'a, a tętno pozoztaje bez zmiany lub staje się nieco rzadszem. Jeżeli tylko tętno staje się częstszem, to znaczy, że żądane od niego przy tem doświadczeniu zwiększenie pracy serce wykonywa nie przez powiększenie siły pojedyńczych kurczów, lecz przez zwiększenie ich liczby, a więc że nie jest ono zupełnie sprawnem. U 7-iu osobników, pozornie zupełnie zdrowych, ciśnienie przy tem badaniu opadło poniżej normy; dokładne wywiady wykazały jednak, że byli to opilcy, u których przecież zwykłe badanie kliniczne serca dowodów jego osłabienia nie wykryło.

2) U chorych z przerostem lewej komory serca (było ich 13) przy ucisku na tętnice udowe, ciśnienie podnosiło się o 15‴—40‴. Jeżeli u osobników z przerostem lewej komory serca otrzymuje się liczby mniejsze od 15‴, to znaczy, że jest ono już niesprawnem („insufficient“). Zazwyczaj tętno staje się przy tem częstszem.

3) Przy nieznacznej niedostateczności serca ucisk na tętnice udowe nie powoduje wcale podniesienia ciśnienia krwi. Im częstszem staje się przytem tętno, tem stopień niedostateczności serca jest większy.

4) Przy wyższych stopniach niedostateczności serca ucisk tętnic udowych wywołuje spadek ciśnienia krwi, tem większy, im stopień niedostateczności jest wyższy. Tętno staje się przytem zawsze częstszem. Podobne zachowanie się serca spotykał Katzenstein przy zapaleniu mięśnia sercowego (4 przypadki), przy otłuszczeniu serca (2 przypadki), wadach serca, u rekonwalescentów (7 przyp.) po ciężkich chorobach ogólnych, a przedewszystkiem u nałogowych opilców.

Katzenstein jest, na zasadzie powyższych danych, zdania, że żadnemu choremu po cięższej chorobie zakaźnej, nie wolno wstać, dopóki omówione badanie wykrywa spadek ciśnienia krwi i przyśpieszenie tętna. Przy podobnym wyniku badania serca i potrzebie wykonania cięższej operacyi (nprz. przy kamicy żół-

ciowej) radzi rozłożenie jej na części. w obawie, iż podobne serce dłuższego chloroformowania nie zniesie.

Wreszcie w ostatniej swojej pracy Katzenstein twierdzi, że aczkolwiek w klinice badanie jego trzeba prowadzić z jednoczesnem liczeniem tętna i mierzeniem ciśnienia krwi, to jednak dla celów czysto praktycznych wystarczy już samo tylko liczenie tętna przy ucisku tętnic biodrowych; że, mianowicie, jeżeli liczenie tętna w tych warunkach wykazuje jego znaczniejsze przyśpieszenie, to już to samo wystarczy do twierdzenia, że serce nie posiada w sobie dostatecznej energii zapasowej, czyli, że jest fizyologicznie niedostatecznem („insufficient").

Tę pod względem praktycznym tak niazmiernie ważną pracę Katzenstein'a sprawdził dotąd tylko F. Lewy (8).

Znalazł on u 5-u zdrowych osobników podniesienie ciśnienia o 14'''; 7'''; 2'''—6'''; 22'''—18''' i 8''', przyczem tętno stawało się w 4-ch przypadkach rzadsze o 2—8 uderzeń na minutę, w jednym zaś przyśpieszyło się o 8 uderzeń. Przy przeroście lewej komory serca, dostatecznie sprawnego, ciśnienie krwi podnosiło się w jednym przypadku o 22'''—26''', a w jednym 20'''—30''', podczas gdy w 4 innych przypadkach przerostu lewej komory serca, niedostatecznie sprawnego, ciśnienie przy ucisku na tętnice udowe, podnosiło się w jednym (pleur. exsud.) o 4'''—6''', przy tętnie +8, w drugim (przed rozwinięciem się pericarditidis) o 8'''—16''', przy tętnie + 4, w trzecim (na 2 dni przed śmiercią) o 0'''—5''', przy tętnie +14, a w czwartym (uraemia) o 4'''—10''', przy tętnie+16. U wszystkich innych (ogółem 10) chorych z sercem niedostatecznem Levy znalazł spadek ciśnienia krwi przy przyśpieszeniu tętna. — Zwłaszcza ciekawe były dwa przypadki urażenia serca. W jednym z nich, powstałym przez przyciśnięcie chorego do słupa dorożką, zwykłe badanie serca oraz jego prześwietlanie nie wykrywało w niem nic nienormalnego, podczas gdy badanie jego sprawności sposobem Katzenstein'a wykazywało w różnych dniach spadek ciśnienia krwi o 7'''—23''', obok przyśpieszenia tętna o 2—10 uderzeń na minutę. W drugim analogicznym przypadku badanie wykryło brak podniesienia ciśnienia. Postawiono złe rokowanie kliniczne. Istotnie po 7-iu miesiącach chory powrócił do kliniki z objawami niesprawności mięśnia sercowego. Wreszcie w 2 przypadkach ostrych chorób zakaźnych Levy również potwierdził zdanie Katzenstein'a. Mianowicie, w przypadku tyfusu brzusznego 10 badań, przeprowadzonych w ciągu 52 dni, wykazało, że ciśnienie krwi od spadku podczas doświadczenia o 10'''—13''', przy przyśpieszeniu tętna o 8 na minutę, doszło stopniowo do podniesienia się podczas doświadczenia o 7'''—14''', przy zmniejszeniu się częstości tętna o 4—8 uderzeń na minutę. W przypadku zaś gośćca stawowego, powikłanego zapaleniem osierdzia i opłucnej, odnośne liczby ze spadku ciśnienia podczas ucisku o 20''' przy +18 w tętnie, doszły stopniowo w ciągu 2-ch tygodni do ciśnienia bez zmiany, a po nowych 6 tygodniach do przyrostu ciśnienia o 10''', i spadku tętna o 2 uderzenia na minutę. Inne 3 przypadki chorób zakaźnych były pod tym względem mniej efektowne.

Na zasadzie powyższych liczb Levy radzi badać serce sposobem Katzenstein'a przy wszelkich cierpieniach serca, przy ostrych sprawach zakaźnych, przy nieszczęśliwych przypadkach urazowego pochodzenia, przy ubezpieczeniach i przed operacyami.

Zaraz po przeczytaniu pracy Levy'ego zebrałem się (w sierpniu 1906 r.) do sprawdzenia wartości badania zapasowej energii serca za pomocą sposobu Katzenstein'a. Spostrzeżenia swoje przeprowadziłem na 49 osobnikach, na których wykonałem ogółem 88 doświadczeń z uciskiem tętnicy udowej. Chorych badałem zawsze w godzinach pomiędzy 10 a 12 rano, a więc przed obiadem. Wszyscy chorzy na czas dłuższy przed badaniem leżeli spokojnie w łóżku; przy badaniu wszyscy leżeli na 3 poduszkach, a ręce mieli ułożone (na podłożonych szlafrokach) na wysokości serca. U pierwszych 20-tu chorych ucisk stosowałem tak, jak to robi sam Katzenstein, t. j. obie tętnice udowe przyciskałem mocno do kości udowej palcami 3-im i 4-ym, kontrolując drugim palcem zupełne znikanie tętna poniżej miejsca ucisku. Już po kilku takich doświadczeniach można dojść do wprawy w wykonywaniu omawianego ucisku bez sprawiania chorym bólu. Jednakże podobny ucisk, zwłaszcza o ile jest wykonywany na osobnikach z podniesionem ciśnieniem krwi, bardzo męczy tego, kto go wykonywa; wskutek czego ucisk można z trudnością wykonywać dłużej ponad cztery minuty. Nadto, przy niżej omówionych warunkach moich doświadczeń, wymagały one aż trzech pomocników. Wskutek tego, idąc za radą kolegi M. Eigra, któ-

ry się tą sprawą interesował, zacząłem stosować ucisk obu tętnic udowych przez nałożenie na obydwa uda, możliwie najwyżej, dwóch mocnych (przepasek gumowych Essmarch'a. Przepaski te należy mocno zacisnąć, unikając, przez osłonięcie bielizną organów płciowych, wciągnięcia w gumę włosów, aby nie wywoływać bólu, który, jak wiadomo, wpływa sam na podniesienie ciśnienia krwi. Podobny ucisk wszyscy chorzy znoszą bez żadnej skargi na ból. Przed nałożeniem gum trzymałem obie nogi około $1/2$—1 minuty wzniesionemi możliwie wysoko, wykonywając jednocześnie masaż żył z góry ku dołowi. Dopinałem w ten sposób tego, że, tamując dopływ krwi do kończyn dolnych, zaciskałem je w stanie możliwego opróżnienia ich układu żylnego. Przez przeprowadzenie na 3-ch osobnikach doświadczenia raz z uciskiem za pomocą palców, a po kilku minutach—z uciskiem za pomocą gumy, przekonałem się, że przy obydwóch metodach postępowania otrzymywane wyniki są jednakowe. Pracowałem więc nadal stale tylko przy wykonywaniu ucisku przepaską Essmarch'a. Udogodnienie to bowiem stanowi bardzo wiele o tak ważnym spokoju chorego podczas doświadczenia. Nadto, o ile bym wykonywał tylko te badania, które prowadzili Katzenstein i Levy, to jest liczył tętno chorych i badał ich ciśnienie krwi tylko za pomocą tonometru Gaertner'a, mógłbym przy tem udogodnieniu obejść się zupełnie bez pomocnika. Osobiście jednak potrzebowałem ich i tak dwóch, gdyż zakres swoich badań rozszerzyłem *). Mianowicie, doświadczenie całkowite prowadziłem w ten sposób, że stale na prawe przedramię nakładałem sphygmochronograf Jaquet'a w modyfikacyi Sahli'ego, na prawe ramię tonometr Riva-Rocci, a na 3-ci palec lewej ręki tonometr Gaertner'a. Zdjąwszy krzywą tętna, określałem w ten sposób *jednocześnie* na lewej ręce ciśnienie krwi za pomocą Gaertner'a, na prawej zaś określałem tonometrem Riva-Rocci ciśnienie krwi maksymalne oraz minimalne. To samo powtarzałem podczas trwania ucisku tętnic, a mianowicie, w 3 i w 6 minut od jego rozpoczęcia, oraz po przerwaniu ucisku naczyń, a mianowicie w 3, 6, 10, 15, a czasem i w 20 minut aż do dojścia uderzeń tętna oraz ciśnienia krwi zarówno określonego na lewej ręce sposobem Gaertner'a, jak i na prawej—sposobem Riva-Rocci do normy. Dłużej nad 20 minut po zdjęciu gum spostrzeżeń nie robiłem. Potrzeba tego zachodziła jednak wyjątkowo rzadko, gdyż zwykle tętno i ciśnienie powracały do „normy", t. j. do stanu, w jakim były przed rozpoczęciem doświadczenia, już po 5—10 minutach.

*) Korzystam z tej okazyi, aby złożyć na tem miejscu podziękowanie wszystkim kolegom, pracującym na moim oddziale, bez których ciągłej, życzliwej i wprawnej pomocy przeprowadzenie powyższych doświadczeń byłoby niemożliwe.

Prowadząc każde doświadczenie w ten sposób, osiągałem kilka celów naraz:

1) Sprawdzałem badania Katzenstein'a i Levy'ego, spostrzegając zmiany w ciśnieniu tonometrem Gaertner'a. Miało to miejsce w 37 przypadkach, w których wykonałem ogółem 72 doświadczenia.

2). Sprawdzałem w tych samych przypadkach, czy słusznem jest przypuszczenie Katzenstein'a, że doświadczenia te, prowadzone przy pomocy tonometru Riva-Rocci, upoważniają do tych samych wniosków, co i doświadczenia z mierzeniem ciśnienia za pomocą przyrządu Gaertner'a. Nadto w 12 przypadkach, z powodu chwilowego zepsucia się przyrządu Gaertner'a, przeprowadziłem 16 doświadczeń z użyciem samego tylko przyrządu Riva-Rocci.

3) Przez dokładne spostrzeganie krzywej tętna podczas trwania ucisku i po jego przerwaniu badałem zmiany nietylko częstości tętna, ale i zaburzeń w jego rytmie, w wielkości poszczególnych fal, charakterze ich i napięciu.

4) Ponieważ dzisiejszy stan dyagnostyki funkcyonalnej serca nie zadawalnia się określeniem ciśnienia tonometrem Gaertner'a, ani t. zw. największem (maksymalnem) ciśnieniem, otzymywanem za pomocą przyrządu Riva-Rocci, określałem więc przy pomocy tego ostatniego ciśnienie maksymalne i minimalne, a nadto obliczałem różnicę pomiędzy niemi, zwaną ciśnieniem tętna (PD), z niemieckiego Pulsdruck, iloczyn z ciśnienia tętna, mnożonego przez tętno (PD$\times$P), mający, według najnowszych badań Fellner'a (9), dawać wskazówki o szybkości krążenia krwi, wreszcie, dzieląc $\frac{PD}{Mx}$, wyliczałem tak zw. wykładnik oporu Strassburger'a (10, 11) Q. Orzymane tą drogą dane zużytkuję jednak dopiero w innej pracy.

Zebrany dla każdego przypadku materyał układałem w tablicę, której wzór tu przytaczam: (Patrz tablica I).

W otrzymanym w ten sposób szeregu tablic, zgromadziłem cały materyał,

Tablica I.

Dzień	NAZWISKO	Wiek	ROZPOZNANIE	UWAGI	TĘTNO				Tonometr GÄRTNERA				Tonometr RIVA-ROCCI: Maximum				Tonometr RIVA-ROCCI: Minimum				Ciśnienie tętna (PD)				PD × P				PD : Mx.=Q			
					Przed doświadczeniem	Podczas doświadczenia	Po doświadczeniu	Różnica podczas doświadczenia	Przed doświadczeniem	Podczas doświadczenia	Po doświadczeniu	Różnica podczas doświadczenia	Przed doświadczeniem	Podczas doświadczenia	Po doświadczeniu	Różnica podczas doświadczenia	Przed doświadczeniem	Podczas doświadczenia	Po doświadczeniu	Różnica podczas doświadczenia	Przed doświadczeniem	Podczas doświadczenia	Po doświadczeniu	Różnica podczas doświadczenia	Przed doświadczeniem	Podczas doświadczenia	Po doświadczeniu	Różnica podczas doświadczenia	Przed doświadczeniem	Podczas doświadczenia	Po doświadczeniu	Różnica podczas doświadczenia
19/12.	P. Stanisław.	20	Zdrów	*Ucisk ręką.* Zupełnie zdrów	72	72	72	0	110	3′ 125	3′ 105	3′ +15	115	3′ 137	3′ 136	+22	84	3′ 92	3′ 98	3′ +8	31	3′ 45	3′ 38	3′ +14	2232	3240	3′ 2736	+1008	0,27	3′ 0,33	3′ 0,28	3′ +0,06
											8′ 105				6′ 130				6′ 97				6′ 33				6′ 2376				6′ 0,25	
											10′ 110				10′ 127				19′ 87				10′ 40				10′ 2880				10′ 0,31	
											20′ 110				20′ 116				20′ 83				20′ 33				20′ 2376				20′ 0,28	
				Ucisk gumą. Zupełnie zdrów.	72	72	3′ 64	0	110	3′ 125	3′ 115	3′ +15	116	3′ 138	3′ 120	+22	84	3′ 92	3′ 95	3′ +8	33	3′ 46	3′ 25	3′ +14	2376	3′ 3312	3′ 1600	3′ +1008	0,28	3′ 0,33	3′ 0,20	3′ +0,06
										6′ 115	6′ 115	6′ +5		6′ 121	6′ 116	+5		6′ 85	6′ 90			6′ 36	6′ 26	6′ +3		6′ 2592	6′ 1716	6′ +216		6′ 8′ 0,30	6′ 0,22	6′ 8′ +0,02
										8′ 125	10′ 115	8′ +15		8′ 121	10′ 116	+5		8′ 85	10′ 83			8′ 36	10′ 33.	8′ +3		8′ 2592	10′ 2376	8′ +216			10′ 0,28	

obejmujący z górą 4000 liczb, na których podstawie podaję poniższe wnioski.

Dla krótkości pisać będę, zamiast „podniesienie ciśnienia przy badaniu przyrządem Gaertner'a“ lub zmniejszenie jego, nadal tylko PG+, resp. PG—, o ciśnieniu zaś, zdjętem przyrządem Riva-Rocci, pisać będę PRr+, resp. PRr—. Analogicznie o przyśpieszeniu tętna będę pisał p+, o rzadszem zaś tętnie pisać będę p—.

Już przy rozpatrzeniu materyału, zebranego na 7-iu osobnikach w wieku od lat 18 do 29, których miałem podstawę uważać za zdrowych na zasadzie zwykłego badania i wywiadów, ujawniła się niezupełna harmonia z szematem Katzenstein'a. A mianowicie, u dwóch z nich otrzymałem p 0, przy PG+12‴ i +15‴ oraz PRr+15‴ i +22‴; u innych dwóch znajdywałem analogiczne podniesienie PG i PRr przy p—4 i —8, ale u piątego stwierdziłem p—10, przy PG =0‴ i PRr +8‴, u jeszcze zaś innych dwóch osobników stwierdziłem p—6, PG —8‴, PR—5‴ oraz p=0, PG—5‴ i PRr —13‴.

Rzecz jasna, że na zasadzie tak skąpego co do osobników zdrowych materyału (Katzenstein zbadał ich podobno dotąd setki) nie mógłbym swego sądu wypowiadać, zwłaszcza, że aczkolwiek ostatnie 2 przypadki nie dały liczb, jakichby na zasadzie twierdzeń Katzenstein'a spodziewać się można, to jednak zarówno w tych dwóch przypadkach, jak i u pierwszych dwóch, nie widziałem przynajmniej sprzeczności pomiędzy PG i PRr, pomimo nieodzownych różnic w odnośnych liczbach.

Jednakże dalsze badania nad osobnikami chorymi doprowadziły mnie do wniosku, że metoda Katzenstein'a nie daje podstawy do należytej oceny sprawności mięśnia sercowego, ew. co do posiadanej lub nie posiadanej przez niego energii zapasowej.

Zebrany przezemnie materyał przedstawia się w streszczeniu grupami w sposób następujący:

1) Choroby zakaźne

zaczynam od:

a) Pneumonii krupowej.

Tablica II.

Nazwisko i zajęcie.	U W A G I	Tętno.	PG.	PRr.
1. S. Michał ślusarz	22.8. Tp: 39. Rdzawa plwocina.	+4	+5‴	+5‴
	30.8 5 dni po spadku T°. Stan ogólny doskonały.	—6	+14‴	+22‴
2. K. Wiktor	14.9. Stan wyjątkowo ciężki. Badany ogółem 8 razy, przyczem dopiero 4.11	—2	0‴	+8‴

Nazwisko i zajęcie.	UWAGI	Puls.	PG.	PRr.
3. J. Józef	Arteriosclerosis praecox. Stan ogólny ciężki.			
	1.12. T°. 39° 5	0	— 5‴	+ 15‴
	6.12. 3 dni po kryzie.	0	— 3‴	+ 4‴
	17.12. 14 dni nie gorączkuje. Bardzo blady.	0	— 10‴	+ 5‴

Z powyższej tablicy wynika, że u pierwszych dwóch chorych na zapalenie płuc badanie zapasowej energii serca dało przy zastosowaniu przyrządu Gaertner'a, oraz Riva-Rocci, wyniki mniej więcej, ale nie zupełnie, zgodne z twierdzeniem Katzenstein'a. W trzecim przypadku otrzymaliśmy przy ciągle złym stanie chorego brak zmiany w częstości tętna, pomimo wykonywania ucisku na tętnice biodrowe, a nadto uwidoczniła się już zasadnicza sprzeczność pomiędzy PG i PRr, której nie można było wytłomaczyć ani przy porównaniu PG z maksymalnem PRr, ani przez pilne porównywanie PG z PRr minimalnem lub ze średnią, otrzymaną z PR Mx i PRr mm, t. j. tak zw. ciśnieniem przeciętnem, „Mitteldruck". Ten jeden przypadek dowodzi więc już, że, pomimo złego stanu chorego, tętno może pozostawać przy badaniu sposobem Katzenstein'a bez zmiany, a nadto, że autor ten niesłusznie przesądzał, iż PG i PRr powinny wypadać w poszczególnych przypadkach zgodnie.

b) Przy tyfusie brzusznym, w którego 3-ch przypadkach (pomijam jeden niedokończony) wykonałem w 1-ym 5 doświadczeń w ciągu 40 dni, w 2-im zaś i 3-im po 3 doświadczenia w ciągu 18, resp. 20 dni, otrzymałem również wyniki niezgodne z szematem Katzenstein'a. Chociaż bowiem w jednym przypadku rekonwalescent po tyfusie (wypisany w stanie dobrym) miał p—12, PG+5‴ i PRr +4‴, jednakże ten sam osobnik wykazywał na 18 dni przedtem, będąc w stanie bardzo ciężkim, p 0, PG—10‴, a PRr +6‴. A więc tętno zachowywało się dobrze, co stało w sprzeczności z jego stanem ogólnym, a badanie PG i PRr wykazało, znowu wbrew przypuszczeniom Katzenstein'a, sprzeczności.

W drugim przypadku badanie wykazało na początku p+10, pomimo PG +20‴ i PRr+22‴; po 9-iu dniach liczby te wypadły przy złym stanie chorego p—8, PG+5‴, PRr—12‴, a po następnych dniach, przy zupełnie dobrym jego stanie, otrzymaliśmy p+6, PG -20‴, ale PRr+22‴. Słowem, różnice zarówno w zachowaniu się tętna, jak i ciśnienia, zupełnie podkopujące całą wartość metody.

W przypadku 3-cim otrzymywałem wprawdzie stale (5 razy w ciągu 40dni) przy ciężkim stanie chorego p+2do +26, przy PG—5‴ do—15‴, ale za to w PRr. nie było już żadnej prawidłowości: +3‴, —3‴, +3‴—11‴ i +7‴.

c) Przy gośćcu z wtórnem cierpieniem osierdzia (5 przypadków, 10 doświadczeń) otrzymywałem również różnego rodzaju sprzeczności. Znajdywałem np., w jednym przypadku p—6, przy PG —5‴ i PRr—1‴, w drugim p—8, przy PG—5‴ i PRr—1‴, podczas gdy zły stan chorych kazał się spodziewać, że przy

spadku PG i PRr otrzymamy przyśpieszenie tętna podczas doświadczenia, a nie jego zwolnienie. W 3-cim przypadku stwierdziłem p+4, pomimo PG+20‴, resp.+30‴, i PRr+6‴, resp. +20‴. W 4-ym zaś p+6, pomimo PG+5‴ i przy PRr —5‴. W 5-ym przypadku znajdywałem p+12 PG=0‴, PRr—6‴, a potem p+5, PG—2,0‴, PRr—1‴, czyli, że wprawdzie w tym przypadku PG i p zachowywały się względnie zgodnie z szematem Katzenstein'a dla złych stanów serca, ale za to PRr wykazywało zbyt wielką różnicę w stosunku do PG.

d) Przy badaniu chorych, cierpiących na różne wady serca, na niedomogę serca oraz na daleko posunięte stwardnienie tętnic (ogółem 14-u chorych) zachodziły również różne sprzeczności w otrzymanych wynikach. Mianowicie w 4-ch przypadkach stwierdziłem p+4,+4,+6, +14, przy PG+5‴, +12‴,+10‴ i +5‴ oraz przy PRr+6‴, +2‴, +22‴, +19‴, czyli przyśpieszenie tętna, pomimo podnoszenia ciśnienia krwi.

Z innych trzech przypadków stwierdziłem przy p=0, raz PG—15‴, a PRr—1‴, drugi raz w tych samych warunkach znalazłem PG+2‴ i PRr+2‴, w trzecim zaś przypadku PG wykazało +5‴, a PRr —4‴. Z innych czterech przypadków znajdywałem 2 razy, przy p+2 i +4, PG —15‴ i 0‴, ale za to PRr+10‴ i +6‴; dwa razy zaś odwrotnie przy p+6 i +12 PG wynosiło +8‴ i +10‴, a PRr—1‴ i—7‴. Tylko w 2-ch przypadkach otrzymałem przy spadku tętna podniesienie się ciśnienia, mianowicie u jednego przy p—12, PG+5‴ i PRr+15‴, u drugiego zaś p—20, PG+10‴, PRr+2‴. Ale i w tym ostatnim przypadku zaszła w dalszym przebiegu choroby pewna sprzeczność z szematem Katzenstein'a. Gdy bowiem chory ten bardzo się poprawił, otrzymaliśmy wprawdzie zmiany z PG+10‴ na PG+17‴, a z PRr+2‴ na PRr+20‴, ale za to tętno, zamiast poprzednich p—20, wypadło nam tylko p—8.

e) Nie mniejsze też były sprzeczności przy badaniu chorych z zapaleniem nerek, z których dwóch było młodych, a czterech cierpiało jednocześnie na daleko posunięte stwardnienie naczyń. Tylko u dwóch stwierdziłem, zgodnie z szematem Katzenstein'a, spadek ciśnienia obok przyśpieszenia tętna, mianowicie p+4, PG—5‴, PRr—8‴ oraz p+3, PG—5‴, PRr—12‴. U pozostałych sprzeczności były różne. U trzech spotykałem nprz. podniesienie się ciśnienia obok przyśpieszenia tętna, a mianowicie u jednego p+6, PG+5‴, PRr+8‴, u drugiego p+7, PG+7‴, PRr+8‴, u trzeciego zaś p+14, PG+2‴, PRr+15‴; u innego spadek ciśnienia (—5‴) obok zwolnienia tętna (—4). U jeszcze zaś innego, wydzielającego bardzo znaczną ilość białka, stwierdzałem z początku p+18, PG +5‴, PRr 0‴; przy poprawie znalazłem p+14, PG 0‴ - PRr—12‴, a przy znacznem nowem po, gorszeniu otrzymałem p+14, PG+19‴ i PRr+13‴. Wszystko więc wypadło tu wprost odwrotnie, niżby tego wymagał szemat Katzenstein'a.

f) Z przypadków chronicznego otrucia organizmu jedynie w 2-ch przypadkach przewlekłego opilstwa otrzymałem wyniki zgodne z szematem Katzenstein'a dla złego stanu serca, mianowicie u jednego chorego p+14, PG—7‴, PRr—14‴, u drugiego zaś p+10, PG—25‴, PRr —15‴. U innych chorych zachodziły w tym względzie różne sprzeczności. Spostrzegałem, nprz., przy otruciu ołowiem spadek PG przy tętnie bez zmiany, co już się z szematem Katzenstein'a nie zgadza, a nadto jednocześnie PRr+4. Z dwóch chorych żółtaczkowych otrzymałem u jednego przyśpieszenie tętna przy PG bez zmiany, a nawet PRr+13‴, u drugiego zaś tętno bez zmiany przy PG—5‴, co już stanowi sprzeczność, którą powiększa jednocześnie stwierdzone PRr+6‴.

Nadzwyczajnie sprzeczne z szematem Katzenstein'a wyniki otrzymałem też w pewnym przypadku moczówki cukrowej. Stwierdziłem, mianowicie, przy 7,5% cukru w moczu p—5, PG+8‴, PRr +13‴, czyli niby dobrą sprawność serca. Po spadku ilości cukru w moczu do 2,5%, przy jednoczesnej obecności w nim acetonu, liczby te wyniosły p+5, PG+13‴, PRr—6‴, czyli PG niby dowodziło poprawy, podczas gdy p i PRr wskazywały na pogorszenie. Po zniknięciu zaś acetonu z moczu i ilości cukru w nim =4,5% przy dobrym stanie chorego badanie tętna (p—20) przemawiało niby za przyjęciem poprawy sprawności serca, podczas gdy badanie ciśnienia kategorycznie temu przeczyło, otrzymałem bowiem PG—19‴ i PRr—10‴.

Wobec przytoczonych powyżej licznych sprzeczności w otrzymanych wynikach, nie będę już streszczał wyników, otrzymanych na szeregu innych chorych, oraz nie będę już rozpatrywał licznie nagromadzonych szczegółów co do zachowania się p, PG i PRr po przerwaniu ucisku tętnic biodrowych. Zaznaczę, że i w tym względzie żadnej prawidłowo-

ści w nagromadzonym materyale dopatrzeć się nie mogłem. Zmuszony więc jestem wypowiedzieć wniosek, że metoda Katzenstein'a, której wartość kliniczna byłaby wprost nieoceniona, gdyby można się było opierać na otrzymanych przy jej stosowaniu danych, nie może być zupełnie do użytku w klinice zalecana, jako sposób badania sprawności serca wogóle, a zapasowej jego energii w szczególności. Nie można, mianowicie, uważać serca za dobrze sprawne, gdy otrzymane wyniki są zgodne z szematem Katzenstein'a, ani też nie można uważać go za niedostatecznie sprawne, gdy otrzymane wyniki badania są z szematem Katzenstein'a w sprzeczności. Niewątpliwie Katzenstein zwrócił uwagę na fakt kliniczny bardzo ważny, którego podprowadzenie pod jednakie prawa nie jest, jednak przy dzisiejszym stanie klinicznej techniki badania, możliwem. Podczas wykonywania tych doświadczeń zachodzi, mianowicie, żywa gra nerwów naczynioruchowych, której wpływ na ostateczny wynik badania jest, zarówno co do tętna, jak i co do ciśnienia krwi, nieobliczalny.

W końcu pragnę zwrócić uwagę na zmiany w krzywej tętna, spostrzegane przy prowadzeniu powyższych badań. Niema o nich wcale wzmianki w literaturze, a tymczasem zdarzają się one u znacznej większości chorych, poddanych opisywanemu doświadczeniu i przedstawiają, zdaniem mojem, poważny interes teoretyczny.

Zmiany te są bardzo rozmaite i dotyczą zarówno rytmu, jak i wielkości, stopnia napięcia poszczególnych fal oraz oraz ich szybkości i wolności (celeritas et tarditas). Wytłómaczyć ich bliżej niepodobna. Ponieważ jednak zachodzą one. przy tem samem nałożeniu tętnopisu, przy jednakowem ustawieniu igły i ekscentru przyrządu, a nadto przy możliwie jednakowem trzymaniu ręki podczas trwania całego doświadczenia, należy je, zdaniem mojem, związać z zachodzącemi podczas tego doświadczenia szybkiemi zmianami w ciśnieniu krwi. Związku pomiędzy stopniem i kierunkiem wahań w ciśnieniu podczas doświadczenia, a stopniem lub rodzajem stwierdzonej na krzywej tętna zmian w wyglądzie dopatrzeć się nie można. Niewiadomo np., dlaczego przy tych zmianach w ciśnieniu, powodowanych biegiem doświadczenia z uciskiem tętnic biodrowych, u jednego chorego zachodzą tylko zmiany w napięciu fali, u drugiego tylko w jej wielkości lub w zaokrągleniu szczytu, u innych tylko w rytmie, a u jeszcze innych w kilku wykazanych kierunkach jednocześnie. Wynika stąd tylko to, że nie umiemy, przy dzisiejszej technice badania, w żaden sposób dopatrzeć się związku pomiędzy ciśnieniem krwi a zmianami w wyglądzie krzywej tętna, zdjętej w zupełnie analogicznych warunkach zewnętrznomechanicznych. Jednakże nie chcieć na tej zasadzie przyznać, że żywa gra nerwów naczynioruchowych, spostrzegana w toku omawianych doświadczeń, sama jedna wywiera niewątpliwie wpływ bezpośredni na wygląd ciągle obserwowanej krzywej tętna, byłoby to starać się zaprzeczyć faktowi, bezsprzecznie istniejącemu, jedynie dlatego, że powstawania jego nie rozumiemy. Nie wdając się więc nawet w żadne próby wytłómaczenia poniższych faktów, gdyż to nie jest jeszcze, przy dzisiejszym stanie naszej techniki badania, możliwem, podaję tylko rzeczowo, to, co niewątpliwie spostrzegałem.

Co do rytmu tętna, to, oprócz różnych zmian w jego częstości, o których wielokrotnie w toku niniejszej pracy mówiłem, spostrzegałem względnie często, że tętno zupełnie miarowe stawało się, zaraz po nałożeniu na biodra gum uciskających, niemiarowem, przy czem niemiarowość w jednych przypadkach już pod koniec trwania ucisku znikała (np. u pewnego pneumonika), czasami zaś trwała nietylko przez cały ciąg ucisku, ale nawet w 10 do 15 minut po jego przerwaniu, jak to spostrzegałem u pewnego chorego z zapaleniem nerek na tle stwardnienia naczyń. W innym przypadku (odma piersiowa) tętno miarowe, ale z widocznymi tylko ruchami wdechowymi i wydechowymi, stało się podczas trwania ucisku zupełnie niemiarowem. Po przerwaniu ucisku tętno stało się po 2' zupełnie miarowem, ale naddwubitnem, zamiast poprzedniej poddwubitności. W innym przypadku bliźniaczość tętna przemijająca stała się podczas trwania ucisku stałą. a po przerwaniu ucisku znowu stała się przemijającą. U jednego z chorych tętno, które przedtem uderzało 68 razy na minutę, zaczęło zaraz na początku doświadczenia uderzać 110 razy na minutę i pozostało już takiem przez cały czas trwania doświadczenia i nawet w godzinę po przerwaniu ucisku.

Co do zmian w napięciu tętna, to spostrzegałem kilka razy przejście tętna o napięciu zwykłem w dwubitne podczas trwania ucisku, przyczem po jego usta-

niu czasem tętno wracało do normy w parę minut, a czasem pozostawało dwubitnem po za czas trwania doświadczenia.

W kilku innych przypadkach tętno nieco tylko miękkie stało się podczas ucisku tętnic biodrowych wyraźnie dwubitnem. W innym przypadku (endocarditis subacuta) tętno dwubitne stało się na cały czas trwania ucisku wybitnie napiętem.

W gorączkowym okresie przebiegu pneumonii krupowej spostrzegałem raz, że tętno stało się podczas trwania ucisku bardzo napiętem (mówiąc po dawnemu, „twardem“) ze zwykłego. Dwa razy widziałem też zmianę tę napięcia w odwrotnym kierunku. Mianowicie, w jednym przypadku zapalenia nerek tętno z mocno napiętego stało się podczas ucisku naczyń biodrowych bardzo wyraźnie dwubitnem, i dopiero po zdjęciu gum wróciło w ciągu 15 minut ponownie do swego pierwotnego, bardzo silnego napięcia. W innym, zupełnie analogicznym przypadku, tętno, bardzo mocno napięte, stawszy się podczas stosowania ucisku tętnic biodrowych dwubitnem, nie odzyskało już swego pierwotnego napięcia przez dalszy okres trwania doświadczenia, lecz przybrało wygląd zupełnie normalnego pod względem napięcia i innych swych właściwości. W trzecim przypadku zapalenia nerek, spostrzegałem, że tętno miarowe, bardzo napięte („twarde“) stało się podczas trwania ucisku zupełnie niemiarowem, z falami o różnem napięciu, a po zdjęciu uciskających gum przybrało charakter rytmicznego, dwubitnego, z którego dopiero po 10 minutach przeszło w początkowo spostrzegane bardzo mocno napięte.

Słowem, w ciągu doświadczeń Katzenstein'a miałem wielokrotnie możność stwierdzenia różnych zmian w napięciu tętna zachodzących w ciągu kilku do kilkunastu minut. Kierunek tych zmian w napięciu tętna, jak zaznaczyłem, bynajmniej nie zawsze odpowiadał kierunkowi spotrzeganych podczas tych doświadczeń wahań w ciśnieniu krwi. W jednych przypadkach tętno stawało się bardziej napiętem przy spadku ciśnienia, w innych—częściej—tętno stawało się mniej napiętem, resp. dwubitnem, właśnie wtedy, gdy ciśnienie krwi w tętnicach, jednocześnie mierzone i zapisywane, wzmagało się o 15‴ do 20‴ i więcej. Dysharmonia ta pomiędzy zmianami w napięciu tętna, a notowanemi wahaniami w ciśnieniu krwi dotyczy zarówno danych, otrzymanych za pomocą przyrządu Gaertner'a, jak i Riva-Rocci.

W kilku przypadkach w samym początku trwania ucisku tętnic biodrowych wielkość fali na papierze powiększała się bardzo wyraźnie, ale przemijająco.

Wreszcie co do zmian o charakterze tętna (celeritas et tarditas, szybkość i wolność), to zauważyłem w wielu przypadkach (chociaż nie we wszystkich), że już samo doprowadzenie ciśnienia krwi w tętnicy ramieniowej do normy, przy określaniu ciśnienia minimalnego za pomocą przyrządu Riva-Rocci, wpływa na to, że fale, poprzedzające powrót ich wyglądu do normy, są, w stosunku do tej ostatniej, wyraźnie „wolniejsze“, t. j. mają wierzchołek daleko wyraźniej zaokrąglony. Uderzyło mnie to szczególnie w dwóch przypadkach niedostateczności zastawek aorty. Właściwie niema to więc nic wspólnego ze zmianami w wyglądzie wierzchołka tętna podczas wykonywania próby Katzenstein'a. W jednym jednak przypadku (diabetes mellitus) podczas wykonywania jednego z doświadczeń Katzenstein'a na tym chorym zauważyłem, że tętno, które było przed uciskiem zupełnie normalne, stało się tak wolnem, t. j. dostało na wierzchołku tak wielką płaszczyznę, jakiej u nikogo dotąd nie spostrzegałem. Zmierzyłem za pomocą zegara sfygmografu Jaquet'a na falach, puszczonych w szybkiem tempie, że wierzchołek tętna trzymał się na jednej wysokości 0,48″. Analogiczna płaszczyzna powstawała też na spostrzeganych jednocześnie bardzo wyraźnych falach zwrotnych tego samego tętna. Cały ten fenomen, którego objaśnić sobie nie potrafię, trwał z górą 6 minut i stopniowo znikł. Notuję dla ścisłości, że miało to miejsce przy jednoczesnem podniesieniu się ciśnienia krwi (PG+5‴ i PRr +15‴) i że tętno wróciło do pierwotnego swego wyglądu dopiero po spadku ciśnienia poniżej pierwotnej normy po zdjęciu z bioder gum (PD −10‴, PRr—15‴).

Czasami zmiany w wyglądzie krzywej tętna uwidoczniają się dopiero po zdjęciu gum, zaciskających tętnice biodrowe. I tu zmiany mogą odbywać się w różnym kierunku, chociaż dotyczą prawie wyłącznie zmian w samem napięciu. Spostrzegałem np. przy tem przejście tętna zwykłego w poddwubitne (u 3-ch chorych) lub naddwubitne — u pewnego chorego na zapalenie płuc w 5 dni po kryzie. U innego chorego tętno stało się naddwubitnem ze zwyczajnie „miękkiego“.

W innym wreszcie przypadku zapalenia nerek tętno, które było przed uciskiem tętnic biodrowych i podczas tego ucisku bardzo mocno napiętem („rogate“), stało się nagle po przerwaniu tego ucisku miękkiem, przechodząc stopniowo w normalne w ciągu 3-ch minut i odzyskując swój pierwotny wygląd bardzo napiętego, „rogatego“ dopiero po 10 minutach. — Chociaż zaznaczałem już poprzednio, że kierunek zmiany w napięciu tętnicy, resp. tętna, w biegu moich doświadczeń, nie stał w żadnym związku z kierunkiem lub stopniem zmian w ciśnieniu krwi, dodaję jednak dla ścisłości, że ostatnio opisane zachowanie się napięcia tętna przypadkiem miało miejsce przy nagłym znacznym spadku ciśnienia krwi natychmiast po zdjęciu gum, zaciskających tętnice biodrowe, a mianowicie z PG 183‴ do PG 139‴, czyli—44‴, i z PRr 193‴ do PRr 166‴, czyli—27‴. Swój wygląd poprzedni bardzo mocno napiętego tętno to przybrało (przy ciągle jednakowej liczbie uderzeń) już po podniesieniu PG o 24‴ i PRr o 8‴, przez co pierwsze zrównało się z tem, jakie miało miejsce przed rozpoczęciem ucisku, a drugie nie doszło jeszcze do swej poprzedniej normy o 6‴.

Podobnie, jak prawie wszystkie zjawiska w tętnie i w ciśnieniu krwi podczas doświadczeń metodą Katzenstein'a, nie dają się należycie objaśnić przy obecnym stanie naszej techniki klinicznej, stosowanej przy badaniu czynności serca, tak samo nie jest dla mnie zupełnie zrozumiałem, dlaczego u jednych chorych zmiany w wyglądzie tętna zachodzą podczas trwania ucisku, u innych zaś mają miejsce dopiero po przerwaniu omawianego ucisku. Początkowo sądziłem, że da się tu wykazać jakiś stosunek do stanu sprawności serca. Po bliższem jednak rozpatrzeniu zebranego materyału przekonałem się, że związku pomiędzy temi faktami również ustalić nie można.

Piśmiennictwo:

1. *Romberg.* Podług № 5 i 8.
2. *Graeupner.* Podług № 5 i 8.
3. *Winternitz.* Verhandl. des k. ver. f. inn. med. 1886.
4. *Cybulski.* St. Petersb. med. Woch. 1878, oraz „Przeg. L.“ 1886, № 22—26.
5. *Katzenstein.* Deut. med. Woch. 1903. № 22 i 23, str. 807 i 845.
6. *Katzenstein.* Deut. Zeitschrift f. Chir. Bd. 77.
7. *Katzenstein.* Medicinische Klinik. 1906. №40, p. 1035—1037.
8. *Levy Fritz.* Zeitschrift f. kl. med. 1906. Bd. 60, p. 74—86.
9. *Fellner B.* Deut. Arch. f. kl. med. 1906. Bd. 88, p. 1—35.
10. *Strassburger J.* Zeitschrift f. kl. med. 1904. Bd. 54. H. 5—6, p. 373—407.
11. *Strassburger J.* Deut. Arch. f. kl. med. 1905. Bd. 82, H. 5—6, p. 459—494.
12. *Senator.* Deut. med. Woch. 1903. № 4
13. *Krehl.* Deut. med. Woch. 1905. № 47.



Gruźlica a ciąża.

(Z oddziału położniczego szpit. im. małżonków Poznańskich).

Podał Dr. **Józef Saks**.

W źródłowej pracy, umieszczonej w zeszycie pierwszym „Czasop. Lek.“ za rok bieżący, zapoznał kol. Sterling czytelników z współczesnymi poglądami najwybitniejszych uczonych na wpływ ciąży i porodu na przebieg gruźlicy płuc i krtani. Aczkolwiek panuje niejednolitość poglądów co do pożyteczności przerywania ciąży w tym lub innym jej okresie u osoby, gruźlicą płuc dotkniętej, powszechna panuje zgoda, że ciąża, a szczególnie okres połogowy na cierpienie gruźlicze płuc i krtani niezwykle ujemnie oddziaływają. A jeżeli tak sprawa się ma, pierwszem zadaniem naszem, jako lekarzy, jest zapobieganie ciąży u osób gruźlicą dotkniętych lub tem cierpieniem zagrożonych, a w małżeństwie żyjących.

Kwestya środków ciąży zapobiegających, a stanowiących ogromny artykuł handlu i wyzysku, i bardzo powszechnie używanych, w piśmiennictwie naukowem bardzo mało bywa omawiana, ze względu na pewne antispołeczne według współczesnych pojęć wyzyskiwanie tych środków; konieczność jednak zastosowania środków zapobiegawczych u osób, dotkniętych rozmaitemi cierpieniami, zmusza nas pozostawić na boku niesłuszną w danym przypadku i fałszywą pruderyę.

Najradykalniejszym środkiem do naszego celu byłaby bezwzględna wstrzemięźliwość płciowa kobiety, gruźlicą dotkniętej—środek uzasadniony, jako czasowy, w praktyce na długą metę zastosowania znaleść nie może; odosobnienie bowiem fizyczne wywołałoby wśród najidealniejszego nawet małżeństwa po czasie jakimś odosobnienie moralne, a co z tego wypływa, zniszczyłoby podstawy współżycia małżeńskiego. Jeżeli zgodzić się nawet z poglądem, wypowiadanym przez wielu lekarzy, że bezwzględna wstrzemięźliwość płciowa nie odbije się

ujemnie na zdrowiu, co według mego zdania, o tyle tylko jest słuszne, że choroby nie wywołuje, spowodować jednak może dużo zboczeń w psychice, a nawet w kształtach osób bezwzględnej wstrzemięźliwości płciowej hołdujących, że wspomnę tu tylko o starych pannach — przymusowe pozbycie się tego „nałogu“ dla większości osób, zmuszonych do tego ze względu na żonę, bynajmniej łatwe nie będzie. Wobec cierpienia nas interesującego należy się jeszcze zastanowić, czy przy omawianem cierpieniu pobudliwość płciowa nie bywa wzmożona. U mężczyzn, gruźlicą dotkniętych, stwierdzić się daje wzmożoną libido sexualis; powszechnie wiadomą jest rzeczą, że zbytni hołd Wenerze u osobników z dość daleko posuniętem cierpieniem gruźliczem płuc bynajmniej nie jest sprawą rzadką; u kobiet, będących naogół mniej pożądliwemi, wzmożonej pobudliwości płciowej przy cierpieniach płuc zauważyć się nie udaje.

Jeżeli zatem bezwzględnej wstrzemięźliwości płciowej à la longue ze względów najrozmaitszych zalecić nie możemy, wypada nam uciec się do innych środków. Najpewniejszym środkiem jest sterylizacya kobiety za pomocą zabiegu operacyjnego, który rzadkie zastosowanie zresztą znaleźć może, chyba jako dodatkowy podczas innej dla zdrowia pacyentki niezbędnej operacyi w jamie brusznej lub na narządach rodzajnych. Operacya nas interesująca polegała początkowo na podwiązaniu dwustronnem obu trąbek Fallopiusza, praktyka jednak przekonała, że chore zachodziły niekiedy po tym zabiegu; otóż okazało się, że podwiązane trąbki po czasie jakimś stawały się drożne. Chwycono się wówczas zabiegu radykalniejszego; po podwiązaniu trąbek w dwu miejscach na pewnej odległości jedno od drugiego, część trąbki pomiędzy nawiązkami wycinano — lecz natura i tutaj zwalczała sztukę—chore w ciążę zachodziły; w ostatnich przeto czasach wycinają maciczną część trąbki i ranę zaszywają, jak dotychczas z rezultatem pożądanym. Niektórzy autorowie zalecali dla naszych celów wywołanie niedrożności przewodu macicznego za pomocą energicznego przyżegania jamy macicy parą, gorącem powietrzem (vaporisatio według Pinkusa) lub środkami chemicznemi np. zinco chlorato; metoda ta jest 1) niepewna, a 2) może wywołać bardzo przykre i groźne skutki w postaci częściowego haemametra na przypadek niezupełnego zarośnięcia jamy macicznej.

Zabiegi zatem operacyjne niezwykłe wyjątkowe zastosowanie znaleźć mogą; zwykle uciekamy się do innych środków, które omówić właśnie zamierzam. Bardzo często zalecany bywa coitus interruptus; który z łatwo zrozumiałych przyczyn często zawieść może; ta postać spółkowania prócz tego często odbija się bardzo przykro na obu stronach. Wielu mężczyzn skarży się na mnóstwo dolegliwości nerwowych przy tej postaci spółkowania; u kobiety ta forma spółkowania również często wiele objawów przykrych, a nawet cierpień ginekologicznych wywołać może, a to ze względów następujących: kongestya narządów płciowych kobiety, wywołana podczas stosunku płciowego, zwolna po normalnym stosunku ustępuje; cofnięcie się zaś mężczyzny na wysokości i najsilniejszego podrażnienia płciowego pozostawia przykre, a niekiedy wprost bolesne uczucie pełności, zależne od przedłużającego się przekrwienia, które łatwo wywołuje najrozmaitsze cierpienia w postaci zapaleń jajników, przewlekłych nieżytów macicy, a może i innych cierpień. W tem miejscu maleńka uwaga—coitum interruptum właściwie aktem onanistycznym nazywać by należało; biblijny bowiem Onan nie samogwałt stosował, lecz coitum interruptum z bratową swą uprawiał.

Spółkowanie przez kondony za względnie najpewniejszy sposób zapobiegania ciąży uważać należy, ale pod jednym warunkiem nieprzyjemnym, iż przed spółkowaniem kondon na jego nieprzepuszczalność wypróbowany być winien: każdy bowiem lekarz ma sporo przypadków, w których kobiety zachodziły po spółkowaniu per kondom, co tłomaczy się niewidzialnem dla oka, dostępnem jednak dla nitek nasiennych drobniutkiem uszkodzeniem kondonu. Przy tej formie spółkowania kobiety czują się naogół dobrze, b. wielu zaś mężczyzn absolutnie takich stosunków znieść nie może—nie zadawalniają one ich chuci i osłabiają popęd płciowy.

Obszerne zastosowanie znajdują w praktyce t. zw. pessaria occlusiva, które przy umiejętnem założeniu i odpowiedniej wielkości i irygacyi pochwowej wodą przegotowaną lub wodą z octem zaraz po stosunku lub rano dnia następnego dają bardzo dobre wyniki w sensie zapobiegania ciąży. Wianek taki może naogół przez kilka tygodni w pochwie leżeć bez usuwania go (przed każdym pe-

ryodem usuwany bywa, po peryodzie znów zakładany); u wielu jednak kobiet obecność stała wianka wywołuje podrażnienie pochwy w postaci gryzącego wycieku; u kobiet zaś, dotkniętych nieżytem macicy, wklęsłość wianka wypełnia się szybko wyciekiem, który, nie mając odpływu, kolkę brzuszną spowodować może. W handlu znajduje się dużo postaci wianków wewnątrzmacicznych — bezwzględną szkodliwość wszystkich takich przyrządów, sprzedawanych pod najrozmaitszemi pięknemi nazwami, stwierdzić tutaj winienem (rezultat zresztą nie jest bezwzględnie pewny)—łatwo bowiem zapalenia najrozmaitsze, a nawet przedziurawienie macicy wywołać one mogą.

Śród publiczności bardzo są rozpowszechnione i cieszą się zaufaniem rozmaite środki zapobiegawcze w postaci gąbek, silnie reklamowanych proszków, pigułek lub czopków, zawierających przeważnie środki odkażające, w rodzaju sublimatu, chinosolu, formaliny i t. d., zabijających w retorcie nitki nasienne, zbyt często zaś zawodzących w zastosowaniu praktycznem.

Tyle o najrozmaitszych środkach, ciąży zapobiegających, teraz wypadnie nam zająć się kwestyą postępowania lekarskiego na wypadek ciąży u kobiety, gruźlicą dotkniętej.

Jeszcze w połowie ubiegłego stulecia poglądy na wpływ ciąży na gruźlicę płuc były zgoła odmienne od teraźniejszych—małżeństwo było uważane niejako nawet za środek leczniczy dla dotkniętych gruźlicą dziewcząt. Zdanie to opierało się na powadze wielu wybitnych uczonych; późniejszym dopiero badaczom szeregiem ścisłych a smutnych obserwacyi udało się obalić ową legendę. Kol. S t e r l i n g w swej pracy zapoznał czytelników z rezultatami terapeutycznymi, otrzymanymi przez rozmaitych autorów przy wywoływaniu poronień u kobiet gruźlicą dotkniętych, ja zaś ograniczę się do podzielenia się z czytelnikami obserwacyami przezemnie poczynionemi. W ostatnich latach ubiegłego stulecia obserwowałem kilka przypadków ciężarnych, dotkniętych gruźlicą płuc lub krtani; we wszystkich przypadkach sprawa chorobowa w okresie połogowym bardzo się pogarszała; w dwu przypadkach gruźlicy krtani stan chorej podczas porodu był tak groźny, że zamierzaliśmy już dokonać tracheotomii (w jednym z tych przypadków zabieg ten okazał się koniecznym w okresie połogowym); wszystkie przypadki gruźlicy krtani, których obserwowałem w owym czasie cztery, zakończyły sie śmiercią w okresie połogowym.

Od roku 1903 racyonalność wywoływania poronienia na początku ciąży u osób, gruźlicą dotkniętych, była już niejako przez większość lekarzy za słuszną uznaną, od tego też czasu częściej do tego zabiegu się uciekałem. W tem miejscu winienem stwierdzić, że przerywanie ciąży było przez nas stosowane tylko w pierwszych jej miesiącach; wywoływanie zaś porodu przedwczesnego uważam za bezcelowe — przebieg bowiem porodu w późniejszych miesiącach ciąży jest bardzo zbliżony do przebiegu porodu u kresu ciąży; wszystkie zatem momenty etyologiczne, wywołujące pogorszenie cierpienia płuc w okresie połogowym, przy sztucznie wywołanym porodzie przedwczesnym tę samą rolę odegrać mogą; w przypadkach przeto daleko posuniętej ciąży, u osób gruźlicą płuc dotkniętych, zalecam leczenie objawowe, dzięki czemu udało się nam otrzymać przynajmniej dziecko żywe. Bardzo wielu lekarzy wypowiada coprawda pogląd, że z życiem dziecka zgoła rachować się nie należy, i że z punktu widzenia społecznego jest rzeczą nawet pożyteczną ustrzeżenie społeczeństwa przed przyszłą jednostką gruźliczą. Ten motyw nie wytrzymuje jednak krytyki; zgoła bowiem nie jest sprawą dowiedzioną, że z matek gruźliczych potomstwo chore na gruźlicę *zawsze* zrodzone zostaje—posiadamy mnóstwo obserwacyi, wprost temu przeczących, choć nie ulega najmniejszej wątpliwości, że obciążenie dziedziczne przy gruźlicy niepoślednią rolę odgrywa. Punkt widzenia korzyści społecznej również z poważnymi zarzutami spotkać się może: w konsekwencyi bowiem należałoby przerywać ciążę u osób, dotkniętych cierpieniami umysłowemi, przymiotem, epilepsyą i t. d. lub które zaszły od osób, powyższemi cierpieniami dotkniętych, a każdy przyzna, że te motywy dalekoby nas zaprowadzić mogły.

Od roku 1904 do czasu ostatniego w pięciu przypadkach przerywałem ciążę sztucznie; w innych przypadkach w tym czasie obserwowanych, stosowałem leczenie objawowe, czy to ze względu na daleko posuniętą ciążę lub daleko posuniętą sprawę chorobową w płucach; wszyscy bowiem się zgadzają, że w przypadkach cierpienia płuc daleko posuniętego przerywania ciąży jest bezcelowe a może i nawet szkodliwe. Przypadki moje sztucznego przerywania ciąży, bardzo poucza-

jące pod wielu względami, są następujące:

Przypadek I.

(Tuberculosis laryngis et pulmonum. Abortus artificialis).

W sierpniu 1904 r. skierowaną została do mego oddziału położniczego przez kol. Przedborskiego 27-letnia Katarzyna K., która rodziła już 6 razy i raz 1 roniła, z dzieci żyją tylko dwoje; ostatni poród miał miejsce przed $1^{1}/_{2}$ rokiem. Chora, według jej słów, zawsze zdrową była; przy więcej szczegółowych jednak wywiadach okazało się, że przed dwoma laty ukazywało się trochę krwi w plwocinie. Chora oblicza, że jest w 11 tygodniu ciąży; przed 7 tygodniami wystąpiła chrypka. Kol. Przedborski stwierdził u chorej gruźlicę krtani, kol. zaś Sterling nacieczenie gruźlicze w wierzchołkach płuc. Wygląd chorej dobry p—84; ciepłota ciała rano zwykle normalna, wieczorami przekracza 38°C, niekiedy dochodzi do 38,5. E consilio z kol. Przedborskim i Sterlingiem uradziliśmy wywołać abortum articulialem, co też uskuteczniłem. Sprawa chorobowa po poronieniu zgoła nie osłabła, i jak się prywatnie dowiedziałem, chora w kilka miesięcy pózniej zmarła wskutek coraz silniej rozwijającej się gruźlicy płuc i krtani.

Przypadek II.

W listopadzie r. 1904 skierowaną została do mego oddziału przez kol. Sterlinga Małka F., 37 lat licząca, która rodziła już 6 razy; 5 dzieci zupełnie zdrowych żyje; mąż chorej od 7 lat kaszle i parę razy pluł krwią. Choroba pacyentki datuje od 2 lat; kilka razy ukazywała się krew w plwocinie, niekiedy obficie. Chora od 8 tygodni nie ma peryodu, który zwykle prawidłowo się zjawiał; przed tygodniem wystąpił u chorej obfity krwotok płucny. Chora blada, prawidłowo odżywiona, p—40, status afebrilis. Kol. Sterling stwierdził u chorej nacieczenie gruźlicze w obu wierzchołkach płuc z krepitacyami i rozlany nieżyt oskrzeli. Przy badaniu ginekologicznem stwierdziłem ciążę, odpowiadającą mniej więcej 8 tygodniom. Ze względu na bezgorączkowy stan chorej, niezbyt daleko posuniętą sprawą chorobową w płucach, postanowiliśmy dokonać u chorej poronienia sztucznego, co też zostało uskutecznione; przebieg poronienia i okresu po poronieniu był najzupełniej normalny. Po tygodniu chora została przepisaną na oddział kol. Sterlinga, gdzie poprawiła się względnie; w danym wypadku sprawa chorobowa została niejako powstrzymana.

Przypadek III.

W maju r. 1905 zgłosiła się do szpitala Jachet M., 36 lat licząca, w ciąży będąca po raz dziewiąty; 5 dzieci zdrowych żyje; bracia, siostry i rodzice chorej są zdrowi. Przed półtora rokiem podczas ostatniej ciąży, chora zaczęła kaszleć; po porodzie kaszel ustał i chora czuła się naogół zdrową. Od 6 tygodni chora czuje się osłabioną, silnie kaszle i zjawiła się chrypka; od 14 tygodni chora nie ma peryodu, przypuszcza przeto, że jest w połowie 4-go miesiąca ciąży; w plwocinie dużo laseczników gruźliczych (kol. Serkowski); st. afebrilis, p—120. Chora dobrze odżywiona, o dobrym wyglądzie; w płucach przy opukiwaniu nie udaje się stwierdzić zmian (kol. Sterling), przy wysłuchiwaniu stwierdza się zaostrzony oddech w wierzchołkach płuc. E consilio z kol. Sterlingiem uradziliśmy przerwać ciążę u chorej ze względu na niedaleko posuniętą sprawę chorobową w płucach, co też zostało uskutecznione. Przebieg poronienia i okresu pooperacyjnego najzupełniej normalny. Po poronieniu kaszel cokolwiek złagodniał i chora wypisała się ze szpitala po 2 tygodniach w stanie zdrowia względnie pomyślnym.

Przypadek IV.

W końcu grudnia r. 1905 skierowaną została na oddział mój przez kol. M. Cohn'a 25-letnia Ryfka W., która raz jeden rodziła na czasie, a następnie roniła 3 razy w 8 tygodniu ciąży; teraz chora oblicza, że jest w 4 miesiącu ciąży. Chora naogół była jakoby zdrowa; przed 6 tygodniami chora dostała krwotoku płucnego, po którym kaszel zaczął ją męczyć. Chora prawidłowej budowy, nieźle odżywiona, p—138, r—45 przez minutę; chora bardzo osłabiona; ciepłota ciała w przeciągu dni kilku przedstawia się w sposób następujący:

$$\frac{38{,}0 \text{ wieczór}}{37{,}2 \text{ rano}} \quad 1\ \frac{39{,}2}{38{,}1} \quad 1\ \frac{39{,}3}{38{,}2} \text{ i t. d.}$$

Chora sypia bardzo mało z powodu dręczącego ją kaszlu. Zmian wybitnych w płucach nie udaje się stwierdzić: w dolnej części prawego płuca przytłumie-

nie odgłosu opukowego, w wierzchołkach płuc oddech cokolwiek zaostrzony. Przez kilka dni zastanawialiśmy się z kol. Sterlingiem, czy dokonać poronienia sztucznego u chorej, tak silnie gorączkującej. Szybki rozwój sprawy chorobowej podczas ciąży, względnie nieznaczne zmiany w płucach kazały nam przypuszczać, że po przerwaniu ciąży sprawa chorobowa może się wstrzymać. Przebieg poronienia był bardzo powolny; dopiero w tygodniu po rozdarciu pęcherza odszedł płód; przez czas ten chora wciąż gorączkowała, kaszel bardzo męczył chorą, chudła ona z dniem każdym. Łożysko wypadło usunąć ręcznie ze względu na krwawienie po odejściu płodu. Nadzieje nasze na powstrzymanie się sprawy chorobowej najzupełniej nas zawiodły i gorączka wciąż była bardzo wysoka, upadek sił coraz wyraźniejszy, zmiany w płucach wybitniejsze i chora w 10 dni po poronieniu zmarła.

Przypadek V.

W marcu r. 1906 skierowaną została do szpitala przez kol. Kaufmana 39-letnia Fajga C., która rodziła 4 razy; ostatni poród miał miejsce przed 2 laty. Według słów chorej jest ona w końcu 4-go miesiąca ciąży. Chora była naogół jakoby zawsze zdrową; dopiero od 6 tygodni zaczęła kaszleć i chudnąć; szczególnie silny kaszel datuje od 8 dni. Chora drobnej budowy, marnie odżywiona, kolor twarzy ceglasty, p—126 na minutę, T° $\frac{38,9}{37,3}$, bezsenność z powodu kaszlu męczącego; wielkość macicy odpowiada 4-mu miesiącowi ciąży. W prawym wierzchołku wybitne przytłumienie odgłosu opukowego i słychać mnóstwo rzężeń; ze względu na wysoką ciepłotę ciała przy dość znacznych zmianach w płucach, byliśmy niezdecydowani, czy przerwać ciążę u chorej (ciepłota wieczorami prawie zawsze przekraczała 39° C). Pomyślny stan zdrowia chorej przed ciążą i niezwykle szybki postęp choroby podczas ciąży skłonił nas w tym przypadku ciężkim do zabiegu, w przypuszczeniu, że z przerwaniem ciąży, czynnika w danym przypadku bardzo ujemnie oddziaływającego na sprawę chorobową w płucach, sprawa ta może powstrzymaną zostanie. Poronienie nastąpiło w 4 dni po rozszerzeniu macicy i rozdarciu pęcherza. Nadzieje nasze były jednak złudne; ciepłota ciała wciąż była wysoka, stan w płucach wciąż się pogarszał. Chora przepisana została na oddział wewnętrzny, gdzie wkrótce do tała bardzo silnego krwotoku płucnego i w dwa tygodnie od daty przepisania na oddział wewnętrzny wskutek szybko postępującej sprawy chorobowej w płucach zmarła.

Parę słów o technice wywoływania poronienia sztucznego: niektórzy autorzy zalecają w pierwszych tygodniach ciąży, po rozszerzeniu macicy, opróżnić ją za pomocą łyżeczek na jednem posiedzeniu. Zabieg ten jest połączony z obfitą utratą krwi, co odbija się na chorych bardzo ujemnie; uważam przeto ten sposób przerywania ciąży przy gruźlicy za niewłaściwy i zalecałbym rozszerzanie macicy za pomocą rozszerzadeł Hegara i wytamponowanie macicy, nie zaś tylko szyi macicznej, za pomocą gazy jodoformowej, którą usuwam dnia następnego. Właściwe też jest rozszerzanie macicy za pomocą laminaryi, zakładanej do szyi macicznej na przeciąg 24 godzin. Skurcze maciczne, skuteczne w sensie pozbycia się macicy jej zawartości, występują niekiedy dopiero po 5—6 dniach, utrata krwi w tych razach bywa bardzo nieznaczna. Gdyby poronienie w 3—4 dni po wytamponowaniu macicy nie wystąpiło, można ten zabieg powtórzyć, spieszyć się jednak zbytnio nie należy— prędzej bowiem lub cokolwiek później poronienie następuje. Wobec ciąży cokolwiek posuniętej (w 3—4 miesiącu) postępuję w sposób następujący: rozszerzam szyję maciczną dilalatorami Hegara do numeru mniej więcej 12-go (u wielorodek daje się to bez wielkiego bólu uskutecznić, u będących w ciąży po raz pierwszy zadowolnić się można ze względu na bolesność rękoczynu mniejszemi numerami); korncangiem rozdzieram pęcherz płodowy i wypełniam macicę gazą jodoformową, którą usuwam dnia następnego. Naogół należy stwierdzić, że macica szybko na ten rękoczyn nie reaguje i dopiero po dniach kilku zawartości swej się pozbywa; na wypadek krwawienia lub zjawienia się ciepłoty podwyższonej należy usunąć jajo płodowe dużemi skrobaczkami lub co właściwsze, bezpieczniejsze i pewniejsze ręcznie w uśpieniu chloroformowem. Tyle o technice zabiegu. Powracając do rezultatów, osiągniętych przez nas, należy stwierdzić, że nie są one zbyt zachęcające. W dwóch przypadkach z przebiegiem bezgorączkowym cierpienia rezultat był pomyślny w sensie niepostępowania choroby; w przypadku gruźlicy krtani i w dwóch ostatnich

przypadkach rezultat był fatalny. Co się tyczy ostatnich przypadków, nie mogę pozbyć się myśli, że wywołanie poronienia nie tylko nie powstrzymało sprawy chorobowej, ale przyczyniło się do zejścia śmiertelnego; narzuca się też przypuszczenie, czy w tych przypadkach w okresie po poronieniu nie odgrywały roli szkodliwej te same, bliżej nam nieznane momenty etyologiczne, które wywołują zwykle pogorszenie wybitne w okresie połogowym po porodzie czasowym.

Bądź co bądź należy stwierdzić fakt, że przerwanie ciąży sztuczne, i to w pierwszych jej miesiącach, wskazane być może li tylko w przypadkach gruźlicy płuc początkowej i bezgorączkowej; zastanowić się zaś bardzo należy nad tym zabiegiem w cokolwiek późniejszym okresie ciąży; wprost zaś należy uważać przerywanie ciąży sztuczne za szkodliwe i nawet niebezpieczne przy postaciach gruźlicy płuc, przebiegającej ze stałem podniesieniem ciepłoty ciała.



Jeszcze o medycynie wiejskiej.

Podał Dr. **N. Czarnocki**
(Filipowicze, gub. mińska).

> Gdzie jeszcze istnieje naród, tam nie pojmuje on państwa i nienawidzi go, jako złego spojrzenia i grzechu w obyczajach i prawach.
>
> Tenci znak daję ja wam: każdy naród mówi swoim językiem dobra i zła: nie rozumie sąsiad mowy tej. Własną mowę wynalazł sobie naród każdy w prawach i obyczajach.
>
> Państwo wszakże łże we wszystkich językach dobra i zła; cokolwiek rzeknie, skłamie— a cokolwiek posiada, skradzionem to jest.
>
> „O nowym bożku".
>
> *Nietzsche.*

Stan obecny medycyny publicznej w Królestwie i projekty zreformowania jej w przyszłym samorządzie znam ze zbiorowej pracy lekarzy warszawskich i artykułów „Czasopisma Lekarskiego". Osobiste doświadczenie w omawianej kwestyi czerpię z dwunastoletniej praktyki wiejskiej w gub. białorusko-litewskich, krótkiej praktyki w zamożnem ziemstwie gub. besarabskiej, a teraz w pseudo-ziemstwie gub. mińskiej, wprowadzonem przed paru laty.

Nie znam w całości projektu Biernackiego. Ze zbiorowego wydawnictwa dowiaduje się, że głosuje on za oddaniem wyboru lekarza w ręce samej gminy, co i autor tego wydawnictwa popiera. Najzupełniej podzielam trafność krytycznej oceny rosyjskiego ziemstwa i bezgranicznie bezpłatnej pomocy ambulatoryjnej w artykule Biegańskiego.

Różnica warunków obecnych u nas a w Królestwie nie wydaje mi się zbyt wielką. Królestwo ma wyższy poziom kulturalny ogółu ludności i jeszcze niższy stan medycyny publicznej niż my.

Królestwo żyje nadzieją autonomii i u nas bez niej nie może być mowy o gruntownem podniesieniu medycyny publicznej. I tu i tam instynkty i zdolności do samorządu muszą być na razie bliskie zaniku wskutek nieużywania. Ten przyszły kulawy i ślepawy samorząd nie łatwo pozbędzie się remanentów i nałogów biurokratycznych, a roboty będzie miał ogrom. Niech przynajmniej niewprawnemi rękami nie obejmuje zbyt wiele dziedzin życia naraz. W krytyce instytucyi ziemskich nie znajduję jeszcze jednego ważnego punktu. Ten sam zarząd ziemski gubernialny, czy powiatowy dźwiga rolnictwo i przemysł, naprawia drogi, organizuje szkolnictwo i medycynę ludową, przy tem, jak słusznie mówi Biegański „chce koniecznie odegrywać rolę władzy, nieraz bezwzględnej". Trudno uwierzyć w ludzi zdatnych jednocześnie do wszystkiego, choćby to byli ludzie z wyboru. Stanowczo głosuję za tem, żeby te wszystkie mniej więcej odległe od gminy zarządy zupełnie uwolniły medycynę ludową z pod swojej opieki i tem ulżyły sobie i jej. Prywatne umowy najrozmaitszego typu między gminami, czy dobrowolnymi związkami gmin, a lekarzami wydają mi się najtrwalszą podstawą przyszłego rozwoju lecznictwa ludowego i najlepszą szkołą prawdziwego kooperatyzmu i samorządu w innych, jeszcze ważniejszych dziedzinach życia. Niech ani państwo, ani dalej stojące od gminy organy samorządu, nic od gminy nie biorą i nic jej nie dają. Ostatecznie cóż one dać mogą? Mogą tylko zwrócić część tego, co wezmą od tychże gmin w postaci ogólnych lub specyalnych podatków. A dodać mogą tylko pewien przymus i zwłokę w wydatkowaniu tych środków i szablonów opracowanych przez ludzi do wszystkiego, a nie zawsze odpowiadających najlokalniejszym warunkom. Nie należy tu tworzyć żadnego nowego ogólnego systemu. Należy oczekiwać

wszystkiego jedynie od naturalnego wzrostu z dołu w górę istniejących zarodków samopomocy społecznej. Nawet taka wszechświatowo centralistyczna instytucya, jak kościół katolicki, tym najprostszym decentralistycznym sposobem mnożył u nas swoje przybytki dawniej i mnoży teraz ze zdumiewającą szybkością, jak tylko pozbył się krępującej opieki. W mojej okolicy z ludnością bardzo mieszaną pod względem wyznaniowym i narodowościowym odczucie potrzeby zdołu i energia paru księży to sprawiły, że w promieniu paromilowym budują się trzy nowe kościoły, oczywiście bez żadnej pomocy rządu lub samorządu, nawet bez pomocy gminy, gdyż ona nigdzie u nas nie jest wyznaniowo jednolitą.

Czyż my, lekarze, biorąc w swoje ręce inicyatywę budowy instytucyj lekarskich i organizacyi bratniej pomocy dla niezamożnej ludności, znajdziemy się w warunkach znacznie gorszych, niż księża w budowie kościołów? Sądzę, że nie. Nam żadna różnolitość ludności na przeszkodzie nie stanie. Nie żyjemy w wiekach średnich. Troska o to, żeby umrzeć dobrze, po katolicku, nie jest dziś więcej rozpowszechniona, niż troska o to, żeby być zdrowym i nie umrzeć przed czasem. W miarę naprawy ogólnych warunków zewnętrznych wartość ludzkiego życia i u nas wzrastać będzie. Niech dziś zostaną sparaliżowane wszelkie instytucye, opiekujące się medycyną, staniemy oko w oko z przedstawicielami gmin i, po za przemijającym okresem nieuniknionej nieorganizacyi, nie widzę w tem nic groźnego, ani dla ludności, ani dla nas. Jesteśmy wzajemnie sobie potrzebni i ułożymy swoje stosunki w każdym poszczególnym wypadku zależnie od wzajemnych potrzeb, sił, kwalifikacyi osobistych i nawet upodobań.

Oto jak mi się przedstawia wprowadzenie w życie tej zasady.

Po przejściu wszystkich szpitali do rozporządzenia gmin, w których się znajdują, krótkie wyciągi ksiąg szpitalnych za lata ostatnie wskażą, jaki teren, jakie gminy sąsiednie były i będą nadal na razie obsługiwane przez dany szpital. Tworzy się komitet z lekarzy pracujących w danym szpitalu, czy szpitalach, jeżeli chodzi o większe miasto, i pełnomocników gmin zainteresowanych dalszą ich egzystencyą, specyalnie ad hoc wybranych. Komitet układa projekt reform i budżet szpitali. Jego delegaci bronią tego projektu wobec instytucyi samorządnej, układającej ogólny budżet gminy i dopasowują do niego budżet szpitalny.

Zajmę się szczegółowiej projektem organizacyi medycyny wiejskiej, jak mi się on przedstawia na tle stosunków istniejących u nas.

Mamy od paru lat biurokratyczną kopiję ziemstwa rosyjskiego, która naturalnie łączy w sobie wady ziemstwa rosyjskiego z wadami biurokracyi.

Oto parę rysów tej niezdolnej do życia istoty. Władzę stanowi urząd powiatowy do spraw gospodarstwa ziemskiego, nad nim stoi gubernialny; budżet zatwierdza minister. Ruch papierów niezmiernie ożywiony, ruch pieniędzy znaczny, ale bardzo wolny i nieprodukcyjny, poza tem zastój rozpaczliwy. Jeżeli rzecz najpilniejsza i najłatwiejsza utknie, to urząd powiatowy ma dogodność złożenia odpowiedzialności na gubernialny i wzajemnie. Ale ostatecznie wydaje się na medycynę znacznie więcej, niż w Królestwie, jeżeli uznać tu i tam powiat za jedno. W każdem powiatowem mieście mamy szpital na 20—30 łóżek, prócz tego 2—3 szpitale w powiecie po 2—15 łóżek. Każdy szpital ma obsługiwać 5—6 włości (gmin włościańskich)- około 40 tysięcy ludności, w promieniu 3—5 mil. Jestem lekarzem takiego nowoutworzonego rewiru na pograniczu Polesia. Są na szpital dość obszerne budowle po rozparcelowanym majątku z pięknym parkiem; przeróbka zdecydowana i lekarz umówiony przed dwoma laty, ale faktycznie jest tylko ambulatoryum, trochę mebli, szyld szpitalny, lekarz, i akuszerka, 3 ziemskich felczerów na punktach; gdzie ich niema gmina najmuje od siebie rocznego felczera. W ciągu pierwszych 8 miesięcy po otwarciu liczba porad ambulatoryjnych doszła do 7000. W czas roboczy, a zarazem epidemiczny, w dnie powszednie bywało do 40 chorych, w niedziele dochodziło do 100. Mniej więcej to samo, co w ziemstwach rosyjskich. Mnie uderza przedewszystkiem kontrast między dziwnie łatwym i spokojnym stosunkiem do lekarza takiej rzeszy szarej ludności tam, gdzie nigdy dotychczas lekarz nie mieszkał, a szeregiem bezowocnych targańców, jakie dochodzą z góry. Na 7 tysięcy pacyentów jeden pijany w ambulatorym, ani jednej sprzeczki. Według przyjętego na innych punktach zwyczaju oznaczyłem czas przyjęć bezpłatnych od 10-ej do 2-ej. W dzień wyjątkowo ludny zdarzało się posiedzieć i do 6-ej, ale naogół już po upływie paru miesięcy próby przekraczania 2 godziny stają się rzadkością.

Parę dzieci z dyfterytem, parę porodów, to cała nocna turbacya w ciągu 8 miesięcy. Ale bez żadnego porozumienia z lekarzami urząd opiekuńczy świadczy ludności i lekarzom nowe dobrodziejstwo: wywiesza we włościach ogłoszenie, że we wszystkich ambulatoryach bezpłatne przyjęcie ma być od 11 do 6 godziny, a w niedzielę niema być wcale. I jedno źle i drugie niedobrze. Nie stosuję się i dziwię, że niema zatargów z ludnością, chociaż grunt gotowy.

Do charakterystyki psychicznej bezpłatnej publiczności wiejskiej jeszcze jeden szczegół, o którym wspomina Bi e g a ń s k i, mówiąc, że absolutna bezpłatność osłabia często czynnik suggestyjny pomocy lekarskiej. Często, pomimo napisu na drzwiach i ścisłego przestrzegania obowiązującej zasady, włościanin, zatrwożony poważniejszą chorobą, usiłuje wpakować parę złotych albo i rubla i wyraźnie jest rozczarowany odmową, za którą czuje się obowiązanym pocałować w rękę. Słyszy się nieraz od pacyenta, który ma pod bokiem lekarza z dość zasobną apteką, że za pół rubla dostał od felczera proszki, które lepiej pomagały.

W podobnych warunkach, tylko jeszcze jako wolnopraktykujący o dwie mile od bezpłatnego ambulatoryum, sam wypróbowałem system porady z lekarstwem za stałą cenę (pół rubla) niezależnie od rodzaju porady, zabiegu i lekarstwa. Mogę ten system zalecić kolegom, którzy by chcieli bez wielkiego ryzyka niezależnej wiejskiej praktyki spróbować, poznać otoczenie i dać się poznać, zanim się obie strony zdecydują związać jakąś stałą umowę. Próbę uważam pod każpym względem za pomyślną. Już w pierwszym miesiącu, przy zupełnej swobodzie, od dziesiątka chorych dziennie, przeważnie chłopów, miałem to samo, co ziemstwo daje na stałe za 40 z dodatkiem bezowocnej korespondencyi, zależności i t. p. Nie miałem przytem przykrości odmawiania tym, którzy pół rubla przy sobie nie mają, dawałem na kredyt, straty stąd były bardzo nieznaczne.

Wracam do systemu stałych umów z gminą, który proponuję, a który kiełkuje z dołu.

Bardzo pospolity jest fakt wydawania zbiorowej zapomogi (od majątku, miasteczka i t. p.) tam gdzie lekarz nie ryzykował osiadać samodzielnie. W przedostatnich czasach było to u nas jedynym objawem dobrowolnego współdziałania rozatomizowanych stanów i narodowości. W nowogródzkim powiecie są dwie gminy czysto włościańskie, gdzie od czasu zniesienia przez Chreptowicza pańszczyzny w końcu XVIII wieku zachował się zwyczaj zawierania trzechletniej umowy z lekarzem, co prawda na zasadach niedość racyonalnych. Lekarz otrzymywał od gmin mieszkanie i lokal na ambulatorym, kilka dziesięcin ziemi, opał i 1700 rubli rocznie. Za to obowiązany był dawać członkom gmin bezpłatnie wszelką pomoc lekarską i lekarstwa przy pomocy dwóch felczerów, których sam opłacał. Do bezpłatnego rządowego lekarza przy szpitalu miały te gminy tylko 8 wiorst. Pomimo to ze swojej instytucyi używali ile wlazło: ambulatorym dochodziło do 100 dziennie, wyjazdy w promieniu milowym do kilkunastu chorych. Odrabiali to felczerzy z lekarzem na równi. Właściwie przerodziło się to w machinę felczerską pod firmą lekarza. Włościanie innej ubogiej gminy, skąd wyjechałem powodu zbyt szczupłego zarobku, bardzo nalegali, żebym zawarł z nimi stałą umowę, proponując po rublu z chaty za bezpłatne leczenie bez lekarstw. Felczerowi dotychczas płacili po pół rubla z jego lekarstwami. A najbardziej rozpowszechnione są u nas dobrowolne umowy gmin z felczerami. Gmina, w której felczer ziemski nie mieszka, a czasami pomimo to, żema ziemskiego felczera, na miejscu, samodzielnie umawia rocznie felczera, któremu płaci pieniędzmi i zbożem do 400 rubli, daje mieszkanie z opałem, światłem i ogród. Sama też wypisuje do jego rozporządzenia za paręset rubli lekarstw. Że ci felczerzy są nominalnie zależni od lekarza i naczelnika ziemskiego, to stanowi bezpłatny dar władzy, który do niczego nie prowadzi, prócz podawania przez felczera lekarzowi miesięcznych raportów o liczbie chorych.

Jeżeliby dokonało się, pożądane według mnie, zupełne oddzielenie lecznictwa ludowego nie tylko od państwa ale i od średnich i od wyższych instytucyi samorządu krajowego, to budowa albo restauracya szpitala dla paru gmin dokonać się musi z inicyatywy lekarza i grona ludzi rozumiejących potrzebę, a ci się znajdą wśród wszystkich stanów, z takich źródeł, z jakich powstawały dawniej szpitale i powstają teraz kościoły, t. j. z dobrowolnych ofiar pieniędzmi i budulcem i z samoopodatkowania gmin zainteresowanych.

Przybliżone koszta utrzymania szpitala na 20 łóżek takbym określił:

Żywienie chorych 25 k.×20×365=	1825 r.
Pensya lekarza	600 r.
Reszta służby z utrzymaniem:	
Farmaceuta	720
Akuszerka	420
Kucharka, 2 służące, stróż 120×4	480
Dwie pielęgniarki	300
Opał	200
Światło	100
Lekarstwa	355
Razem	5000 r.

Jeżeli 3 gminy rozłożą ten ciężar pomiędzy siebie, to wypadnie mniej więcej po rublu z chaty. W gminie wszechstanowej przy udziale dworów i miasteczka wypadnie jeszcze mniej. Gminy mają za to bez innych dopłat: leczenie w szpitalu, pomoc akuszeryjną w osobie lekarza i akuszerki i organizacyę walki z epidemią. Z pomocy akuszeryjnej, nawet tam, gdzie ją ma blizko i bezpłatnie, lud stanowczo dotychczas za mało korzysta, więc opłata od wypadku jest niepożądana. Jeżeliby otworzono teraz u nas przytułki położnicze na wsi, to jeszcze do czasu stałyby one pustkami. Na początek wystarczy pokój oddzielny dla rodzących przy szpitalu, w razie zwiększonego popytu można i drugi na ten cel przeznaczyć, a z czasem wyrośnie z tego i przytułek położniczy. Tu jesteśmy jeszcze w okresie propagandy. Propaganda budowania sanatoryów ludowych, o ile nie powstaną prędko wszędzie kasy chorych, które sprawę popchną odrazu na szerokie tory, będzie musiała uciec się do podobnej powolnej metody poglądowej.

Lud nie wiele myli się, uważając suchoty za nieuleczalne w jego warunkach. Niech lekarz przejęty ideą uleczalności i, będąc twórcą i gospodarzem nowego szpitala, przeznaczy na ten cel pokój z werendą, gdzie miejscowość jest choć trochę odpowiednia, i na paru odpowiednio dobranych okazach słuszności tej idei dowiedzie, a będzie mógł przez pełnomocników gmin przeprowadzić projekt budowy małego sanatoryum ludowego.

Ambulatoryum przy szpitalu, jak zatem głosują też i inni projektodawcy, ma być tanie, ale nie bezpłatne.

Z ziemskiej praktyki, gdzie lekarz nie jest krępowany w wypisywaniu lekarstw, ale obchodzi się bez nowych drogich środków wątpliwej wartości, wiadomo, że koszta lekarstwa na jedną wizytę ambulatoryjną wynoszą około 10 kop. Za minimalną opłatę dla należących do umowy można uznać 2 złote. Z tego 15 kop. niech bierze lekarz, 10 lekarstwo, a 5 kop. farmaceuta. Niezamożni i niższa służba mogą płacić odpowiednimi kwitami, które będą wydawać i peryodycznie opłacać pełnomocnicy gminni po wsiach i miasteczkach, a w majątkach i zakładach pracobiorcy. Dla uniknięcia monopolu lekarskiego względem służby, kwity takie mogą przyjmować i inni lekarze w okolicy, którzy się na to zgodzą. Jeżeli dzięki opłacie cyfra porad ambulatoryjnych z przeciętnej dla ziemstwa 10—12 tysięcy spadnie do 6, to usunie się przeciążenie ambulatorym błahostkami, a lekarz otrzyma z tego źródła 900 rubli dodatku do pensyi szpitalnej, co wyniesie razem z nią 1500 r. To doprowadzi też prawdopodobnie do zaniku zwyczaj całowania lekarza w rękę, dość jeszcze u nas uparty. Od nienależących do umowy można pobierać wyższą opłatę, np. 50 kop. z lekarstwem. Przy tej taksie i własnej apteczce lekarz bezpiecznie może przetrwać przeciągające się zbytecznie wahania i targi o stałą umowę, a także przerwy w niej, jeżeli czuje, że ma w danej okolicy grunt pod nogami. Oczywiście w razie potrzeby każdego może od opłaty uwolnić i od każdego przyjąć wyższe dobrowolnie dawane honorarym.

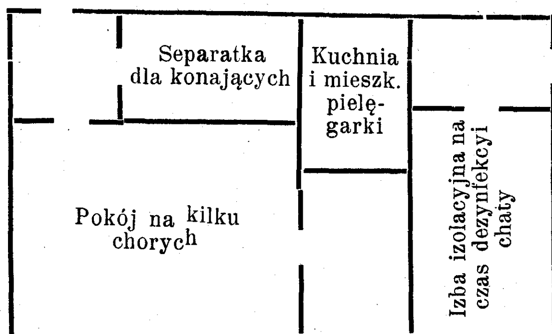
Dziś w ambulatorym ziemskiem, wobec obowiązującej zasady bezpłatności, pozycya lekarza jest taka, że wszelką zapłatę choćby od najzamożniejszego pacyenta, zabłąkanego tam przypadkowo w godzinach bezpłatnych przyjęć, musi odrzucić jako łapówkę. Im sumienniej będzie tu pracował, tem pewniej, że na stałe ograniczy swój dochód wyłącznie prawie do pensyi, w dodatku tem bardziej przyczyni się do wystraszenia z okolicy wolnopraktykujących lekarzy i aptek, co i dla ludności pożądanem być nie może. Ta sama zasada odbiera mu głos przy zwalczaniu nadmiernego popędu do używania porady i leków, gdyż pacyent prędzej dopatrzy się w tem niedbalstwa urzędnika, niż rzetelnego zdania lekarza, i nieraz będzie miał w tem słuszność.

Farmaceuta ambulatoryjno-szpitalny otrzymałby z tych drobnych opłat 300 rubli dodatku do pensyi, a ponieważ pracuje przeważnie w ciągu paru godzin ambulatoryjnych i niema obowiązujących wyjazdów, najwłasciwiej mu powierzyć gospodarstwo szpitalne. Pomimo to nie będzie więcej skrępowany i przepracowany, niż w miejskiej aptece.

Szpital powiatowy odpowiednio do większych potrzeb miasta i gmin przyległych musi być większy i lepiej uposażony. Musi mieć minimum 2 lekarzy, między nimi 1 chirurga conajmniej średniej miary. Statystyka dotychczasowa da pewne dane, o ile służy on miastu i gminom najbliższym, o ile reszcie powiatu. Odpowiednio do tego, na dorocznem posiedzeniu budżetowem, w obecności pełnomocników wszystkich gmin, po 1 od każdej obliczają się ich kwoty w utrzymaniu szpitala powiatowego. Według tej samej zasady określa się udział materyalny powiatu w utrzymaniu szpitala gubernialnego, który w osobie ordynatorów, czy konsultantów, ma przedstawicieli wszystkich ważniejszych specyalności. Tak samo z gubernialną lecznicą psychiatryczną, sanatoryum dla suchotników, jeżeli ma być jedno na gubernię i t. p.

Poza tem rada gubernialna, czy komitet nie ma żadnej władzy zwierzchniej nad powiatową, powiatowa nad gminną.

Na walkę z epidemiami, prócz uprzywilejowanej egzotycznej cholery, używano u nas dotychczas na prowincyi tylko papieru i koni pocztowych. Teraz przekonano się o małej skuteczności tych środków, więc prócz szczepienia ospy i dorywczego leczenia ciężko chorych, nie robi się nic. Niewielki oddział dla zakaźnych w niewielkim szpitalu na kilka gmin, w czasie silnej epidemii, której podlega w jego obwodzie setka ludzi jednocześnie (z dyzenteryą bywa tak u nas prawie co roku) będzie kroplą w morzu. Sądzę, że warto i zdałoby się zapropagować budowę w każdej większej wsi najprostszego stałego baraku na przypadek epidemii, mniej więcej według przytoczonego planu, i oswojenie z głównemi zasadami pielęgarstwa przy najbliższym szpitalu choć jednej roztropnej piśmiennej kobiety z tejże wsi.



W teraźniejszych warunkach nie rozumiem, jakie wykonalne środki, prócz niepicia wody surowej przy tyfusie brzusznym i dysenteryi, można byłoby uznać za środek walki z epidemią, a nie demonstracyi przeciwko niej. Nawet wtedy, gdy natrafiamy na pierwszy wypadek groźnej choroby zakaźnej w danej okolicy, czekamy bezradnie dalszego rozwoju epidemii, gdyż nie mając pod ręką wolnej izby, do której możnaby przenieść zarażoną rodzinę na czas dezynfekcyi, przeprowadzić jej mniej więcej skutecznie niepodobna. W proponowanym baraku mielibyśmy na ten cel izbę z osobnem wejściem. Reszta lokalu służyłaby do możliwie prędkiej izolacyi ze wsi wszystkich chorych epidemicznych. W jednem miejscu pod okiem dozorczyni możliwą już jest dezynfekcya wypróżnień i bielizny. Wojna z epidemią i leczenie po chatach w czas roboczy, kiedy choremu niema kto wody podać, bo wszyscy są w polu, zawsze będzie pracą Danaid. Odwiedzenie choćby kilku baraków parę razy na tydzień przez najbliższego lekarza i zostawienie wskazówek i lekarstw dozorczyni już jest rzeczą wykonalną i celową.

Prócz budowy baraków zawczasu i w jaknajwiększej ilości dużych wsi, co one powinny zrobić we własnym interesie pod wpływem propagandy lekarza, w razie wybuchu epidemii, niewielkie środki na sowitą opłatę dozorczyni, jako odszkodowanie za zniszczone rzeczy, na racyonalniejsze żywienie chorych, niż te, jakiego rodzina dostarczyć może, musi on dostać bez zwłoki z kasy krajowej z rozporządzenia lekarza hygienisty, o którym niżej. Lokal zarobkowy — warsztat, piekarnię, sklepik, który może stać się obfitem źródłem zarazy, ma on prawo czasowo zamknąć natychmiast, ale musi przy udziale biegłych określić i zapewnić prędką wypłatę odszkodowania za stracony zarobek.

Co do odrębnej organizacyi hygieniczno-statystycznej z krajową komisyą zdrowia publicznego, podzielam w ogólnych zarysach zasady projektu warszawskiego wydawnictwa zbiorowego. Komisya ta musi być głową sprężystego scentralizowanego organizmu, obejmującego kraj cały. Przez swego przewodniczącego musi zależeć wprost od sejmu krajowego i występować tu z inicyatywą w sprawie prawodawstwa sanitarnego i własnego budżetu, czerpanego wprost z kasy krajowej. Będzie ona miała olbrzymie zadanie. Zamiast samowoli policyjnej, grzebiącej się na śmietniku przestarzałych, sprzecznych z sobą i z życiem praw i cyrkularzy, musi stworzyć wyko-

nalne i skuteczne prawodawstwo sanitarne i stróży jego, lekarzy hygienistów, na początek choćby po jednym na powiat i na miasto gubernialne.

Szpitalnictwo i wogóle lecznictwo publiczne rość musi z dołu, z wolnego współdziałania gmin z lekarzami szpitalnymi i wiejskimi. Komisya zdrowia publicznego niewiele im w tej robocie dopomódz może, niech lepiej nie krępuje, a tylko zgóry nadół światło rzuca i najcięższe grzechy przeciwko zdrowiu publicznemu wyplenia. A lekarza hygienistę jeszcze stworzyć musi. Nie znaliśmy go prawie dotychczas, gdyż nie mógł owocnie pracować, mógł tylko mówić, jako profesor hygieny, a w ostatnich czasach, jako członek Towarzystwa Hygienicznego. Nie wiele przesadzam. W najlepiej uposażonym uniwersytecie moskiewskim mieliśmy na katedrze hygieny profesora Erysmana, powagę naukową, bardzo cenionego wśród działaczy ziemskich w Rosyi za organizowanie tam badań sanitarno-statystycznych na większą skalę. A jednak, przed 12 laty, z ludnego kursu tylko 2 słuchaczy uczęszczało systematycznie na wykłady hygieny, interesowało się gruntownie jej formułami i przyrządami do badania warunków sanitarnych. Ci zostali profesorami hygieny. Ogół przy nadmiarze kursów i klinik, z których czerpał wiedzę do zastosowania, myślał o wielkiej hygienie: „na co mnie to wszystko, będę pracował wśród warunków hygienicznych, których potworność będę stwierdzał bezsilnie przy pomocy moich gołych pięciu zmysłów". Wątpię, żeby w innych uniwersytetach państwa, tembardziej w warszawskim było znacznie lepiej. Komisya zdrowia publicznego będzie musiała dla lekarzy hygienistów urządzać specyalne egzamina i wyrobić dla nich pensye znacznie wyższe, niż gminy dadzą terapeutom.

Lekarz hygienista musi być bezpośrednio tylko od tej komisyi zależnym, musi być instruktorem, nieraz nawet dla lekarzy praktyków, a dla swego powiatu, czy miasta i jego grubych ryb rozważnym, ale gdzie trzeba bezlitośnym bocianem-czyścicielem. Lekarze i instytucye lecznicze nie powinny stanowić wyjątku. Od zbytecznej oszczędności, zaniedbania, sceptycyzmu, zmętniałej wiedzy do karygodnego niechlujstwa jeden krok tylko.

Do hygienisty też musi przejść statystyka sanitarna powiatu, wyciąganie z niej wniosków praktycznych, podawanie ich do wiadomości ogółu, inicyatywa w dziedzinie lokalnych rozporządzeń sanitarnych, uchwalonych przez miejscowe władze samorządne.

Jeszcze parę słów o „Medycynie w Samorządzie". W rozdziale VIII (str. 142) czytamy: „.... cały personel lekarski i administracyjny musi być pochodzenia miejscowego". Po co ta krzycząca pieczątka nacyonalizmu na planie pięknej budowy przyszłego odrodzonego szpitalnictwa? Rozumiem u autora uczucie ostrej reakcyi przeciwko opłakanemu teraźniejszemu stanowi, do jakiego doprowadził system przemocnego protegowania obcej narodowości. Ale trzebaż pamiętać, że nadmierna reakcya wywołuje nową reakcyę. Nie należałoby się dziwić, jeżeliby po ścisłem zastosowaniu proponowanej przez autora zasady, drzwi wszystkich szpitali na kuli ziemskiej po za granicami Krolestwa zamknęły się szczelnie dla lekarzy polaków. Dotychczas tego nigdzie nie było po za sferą niepodzielnego panowania ludzi „prawdziwie rosyjskich", ani w Rosyi ani w Niemczech. Między kwalifikacyami lekarzy i służby ważną jest znajomość języka i zwyczajów miejscowych. W ogromnej większości wypadków idzie to w parze z „miejscowem pochodzeniem", ale nam, pomimo to że tyle wycierpieliśmy z powodu tego pochodzenia, nie wolno opierać na niem żadnych monopolów.

Co do felczeryzmu, bardzo u nas w medycynie ludowej rozpowszechnionego, nie widzę potrzeby wyjednywania u państwa czy samorządu zakazów i nakazów. Zwalczymy go z czasem tak, jak pług żelazny zwalczył sochę drewnianą, tem, że lepiej orze, a kosztując nie nad możność chłopa, lepiej mu się opłaca.



Badania i doświadczenia kliniczne z chlebem „Liton", nowem pieczywem dla dyabetyków.

Podał Dr. **Jan Brodzki** w Kudowie.

Używane dotychczas pieczywa dla cierpiących na cukromocz są bardzo niepewne co do zawartości wodanów węgla. Większość zbliża się pod tym względem mniejwięcej do chleba Grahama i Pumpernikla, które zawierają jak wiadomo do 48% wodanów węgla. Dlatego staraliśmy się znaleźć nowy chleb dla dyabetyków. Przytem mieliśmy na oku nietylko małą zawartość tych wodanów węg-

la, ale, co niemniej ważne, i naturalny smak chleba, który jest koniecznym warunkiem dla zgłodniałych na chleb dyabetyków. Z tego powodu autor razem z docentem Bergellem powrócili do zasady, ażeby przy pieczeniu chleba, mało wodanów węgla zawierającego, używać tylko takie części składowe, które zawarte są w ziarnach zbożowych. Na tej głównie zasadzie opiera się wyrób chleba „Liton". Składa on się z glutenu pszenicznego, to jest „glidiny D-ra Klopfera" i substancyi dobytej z izolowanych zarodków żytnych, które się za pomocą namoku słodowego pozbawia większej części wodanów węgla. Białko glutenowe ułatwia pieczenie i daje czysty, właściwy smak chleba. Ale „glidiną" samą piec nie można, trzeba do tego środka fermentującego (kiśniejącego) w miejsce brakującego krochmalu, a tym środkiem jest właśnie pewna substancya, którą się dobywa z izolowanych zarodków rżanych. Chleb „Liton" fabrykuje się z stałą zawartością 3% i 10% wodanów węgla; główną jego zaletą jest naturalny smak chleba.

Badania kliniczne wykazały w 18-u przypadkach, że pacyenci chleb ten chętnie jedzą i że głód chlebowy zostaje zaspokojony. Nawet dawki do 200 gr. dziennie bez i z dodatkiem pewnej ilości innych wodanów węgla nie wpływały niekorzystnie na ilość wydzielonego w moczu cukru.



Towarzystwa Lekarskie prowincyonalne.

Tow. Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia Tow. Lek. z d. 16 stycznia r. b.

Po odczytaniu protokółu z posiedzenia w dn. 2 stycznia odbytego nastąpiły demonstracye:

1. Kol. Wisłocki demonstrował dziecko 3-miesięczne z brakiem wrodzonym chrząstek 3-go, 4-go i 5-go żeber z prawej strony.
2. Kol. Goldman — demonstruje chorą po strumectomia partialis i guz usunięty przez tę operacyę.
3. Kol. Bełżyński — demonstracya chorej z zupełnem zarośnięciem pochwy i przetoką pęcherzowo-pochwową.
4. Kol. Maybaum — przypadek rozszerzenia wrzecionowatego przełyku z powodu kurczu wpustu (roentgenogram). Następnie kol. Staweno odczytał sprawozdanie kasowe Tow. Lek. z r. 1906.

Kol. Wąserman miał odczyt: „Kilka słów o powstawaniu i leczeniu zakrzepu zatoki jamistej".

W dyskusyi kol. Helman zapytuje, czy nie może być otwarta zatoka jamista od strony zatoki klinowej? Kol. Waserman uważa tę drogę za niedobrą, gdyż przy operacyi trudno byłoby zbadać zawartość i stan zatoki jamistej wzrokiem.

Kol. Schoeneich wygłosił odczyt p. t. „Przypadek odmy podskórnej w przebiegu odry powikłanej płonicą".

Kol. Silberstrom zapytuje, na jakiej zasadzie postawiono rozpoznanie powikłania płonicą. Kol. Schoeneich: lekarz, który przysłał chorego do szpitala, widział typową wysypkę, w szpitalu chory miał typową anginę, ropotok z ucha; wysypka odrowa zjawiła się w szpitalu.

Kol. Jasiński miał wypadek odmy podskórnej przy ospie, bez kaszlu, jako skutek wymiotów. Kol. Silberstrom pyta, czy było łuszczenie.— Schoeneich—było 11-go dnia.

Kol. Szokalski: „Kilka własnych spostrzeżeń nad działaniem B sulfopiryny przy jodyzmie". Odczyt wywołał ożywioną dyskusyę.

Kol. Fankanowski zawiadomił, że wypożyczanie czasopism i książek z biblioteki Tow. lekarskiego odbywać się będzie we wtorki od 7-ej do 9-ej.

Protokół z posiedzenia Tow. Lek. z d. 6 lutego r. b.

Po odczytaniu protokółu z poprzedniego posiedzenia (16. I) nastąpiły demonstracye:

1. Kol. Goldman demonstrował chorą po ranach postrzałowych kiszek.

Waserman demonstrował chorą z guzem sutki, stawiając przypuszczalne rozpoznanie raka. Kol. Goldman i kol. Perlis, którzy mieli chorą w kuracyi dawniej, przypuszczają, że przebieg cierpienia wskazuje raczej na mięsak. Badanie anatomo-patolgiczne nie było dokonane.

Następnie odczytąno budżet na rok bieżący:

Wydatki

Wydatki stałe	350 rb.
Asekuracya ruchomości	15, 82
Wydatki kancelaryjne:	
a) sekretarz	75
b) woźny	3
c) inkasent	45, 18
Razem	487 rb.

Dochody

Składki od 95 czł.	11, 40
Wpisowe	40
% od funduszów Tow.	22
Razem	1202 r.

Pozostaje: 1202—487=715 rb., z tego $^3/_4$ na fundusz biblioteczny=536 rb. 25 k.

Przewodniczący podał do wiadomości, że zarząd Tow. Lek. na skutek listownego zwrócenia się do niego 5 członków Tow. Lek. zapoczątkował w Łodzi utworzenie komitetu obywatelskiego w celu niesienia pomocy materyalnej rodzinom robotników, którzy pozbawieni zostali pracy wskutek lokautu.

Odczyt kol. Marguliesa: „Stanowisko arytmetyki w szkole jakie zajmuje, a jakie zajmować powinna“—wywołał żywą dyskusyę, w której udział przyjmowali kol. Silberstrom, Schoeneich, Fankanowski, Hartman i inni.

Protokół z posiedzenia Tow. Lekarskiego z dnia 2 lutego r. b. Po przeczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia nastąpiły demonstracye: kol. Goldman przedstawił 5-dniowe dziecko z guzem pod szczęką dolną. Guz wypukla dno jamy ustnej. Rozpoznanie—chłoniak (lymphangioma).

Kol. Brudziński odczytał sprawozdanie z działalności szpitala Anny-Maryi w Łodzi (będzie drukowane). Kol. Skalski—„Pomoc akuszeryjna w fabrykach“ (drukowane w zeszycie II-im „Czasopisma Lekarskiego“).

Powstające w Łodzi Stowarzyszenie akuszerek przysłało zaproszenie do Tow. Lek. o wzięcie udziału w uroczystości otwarcia tego stowarzyszenia. Kol. Skalski i kol. Saks na uczynioną im propozycyę zgodzili się wziąć udział i wygłosić odczyty.



KRONIKA.

(№ 33) — Z artykułu drukowanego w „Kuryerze Łódzkim“ p. t. „*Z powodu budżetu m. Łodzi na rok 1097*“ przytaczamy wyjątek, tyczący się wydatków ponoszonych przez miasto na pomoc lekarską i szpitalną. Wyniosły one ogółem 48,349 rb., czyli niespełna 14 kop. na głowę ludności. Wydatki te dzielą się na następujące pozycye:

1) Utrzymanie służby lekarskiej miejskiej	3475 rb.
2) Utrzymanie izby odkażającej miejskiej	6000 rb.
3) Zapomoga dla „Pogotowia ratunkowego“	1800 rb.
4) Na kupno krowianki do szczepień bezpłatnych	1200 rb.
5) Utrzymanie przytułku położniczego	300 rb.
6) Utrzymanie (!!) szpitali	2321 rb. 25 kop.
7) Utrzymanie zakładu dla obłąkanych w Kochanówce	5000 rb.
8) Wynagrodzenie lekarzy miejskich za oględziny zmarłych	3000 rb.
9) Zapomoga dla ambulatoryum przy szpit. Czerwonego Krzyża	4000 rb.

10) Zapomoga dla ambulatorym Towarzystwa dobroczynności dla chrześciau 4000 rb.
11) Zapomoga dla szpitala Czerwonego Krzyża 12500 rb.
12) Dodatkowe roboty przy budowie baraku dezynfekcyjnego 180 rb. 05 kop.
13 Na wzniesienie budynków gospodarczych przy baraku odkażającym 4572 rb. 70 kop.

Razem 48,349 rb.

Autor artykułu, p. St. Opocki, opatrzył tę jego część następującą uwagą: „W wykazie tym jedynie ten, kto nie zechce, nie dostrzeże wydatków nieprodukcyjnych. Każdego też musi uderzyć rzecz wprost potworna. Miasto liczące przeszło 350 tysięcy ludności oddanej pracy przemysłowo - fabrycznej nie ma własnego szpitala, nie myśli o budowie szpitala, posiłkuje się natomiast nieodpowiedniemi szpitalami, którym przychodzi z pomocą w kwocie 20121 rb. 25 kop. W ten sposób Łódź rozstrzyga doniosłą dla każdego miasta sprawę dostarczenia ludności odpowiedniej liczby łóżek szpitalnych.

Budżet na rok 1907 przekonywa, że magistrat nic sobie nie robi ani ze wskazówek specyalistów (odczyt kol. Sterlinga w Tow. Hygienicznem), ani z potrzeb ludności, lecz idzie utartą swą drogą, nie bacząc na wielką odsetkę zgonów, drogą udzielania zapomóg w dużych rozmiarach (16,500 rb., czyli przeszło $^1/_3$ całej sumy przeznaczonej na lecznictwo) osławionemu szpitalowi Czerwonego Krzyża, gdy natomiast takie instytucye jak „Szpital Anny Maryi dla dzieci" zostały zupełnie pominięte, a taki przytułek położniczy, instytucya coprawda niezmiernie skromna, musi się zadowolić 300 rublami zapomogi".

(№ 34) — W Łodzi uwięziono i przewieziono do Warszawy kol. Antoniego Tomaszewskiego. Obecnie kol. Tomaszewskiemu kazano wyjechać za granicę na czas trwania stanu wojennego.

(№ 35) — Uwolniono z więzienia w Łodzi kol. Ludwika Pinkusa pod warunkiem natychmiastowego wyjazdu za granicę na czas trwania stanu wojennego i stanu wzmocnionej ochrony.

(№ 36) — W dniu 22 Stycz. odbył się I zjazd felczerów w Królestwie Polskiem. W zjeździe uczestniczyło około 150 felczerów. Pomiędzy innemi uchwalono następujące wnioski:

1) starać się w drodze prawodawczej o zniesienie nazwy felczera;

2) wpłynąć, aby działalność felczerów ujęta była w ramy więcej odpowiednie do ducha nauki i dążeń społecznych;

3) dążyć, aby felczerzy, którzy, dzięki praktyce, wylegitymować się będą mogli średniem wykształceniem medycznem, mogli praktykować jako lekarze-praktycy;

4) założyć dla felczerów szkołę lekarzy praktyków; dotychczasowym felczerom po złożeniu stosownego egzaminu nadać dyplom lekarzy-praktyków;

5) tak wykwalifikowanych felczerów umieszczać na posterunkach, opuszczonych przez lekarzy z wykształceniem uniwersyteckiem.

(№ 37) — Dostawcy szpitali warszawskich odmówili dalszych dostaw, póki nie będą im zapłacone zaległe należności. Wobec tego magistrat m. Warszawy postanowił pożyczyć szpitalom 175,000 rb. z funduszów miejskich, spodziewając się, że szpitale i tak wkrótce przejdą pod zarząd miasta.

(№ 38) — Wśród kandydatów na posłów do Dumy z Królestwa Polskiego, postawionych przez centralny Komitet wyborczy, był i został wybrany na posła tylko jeden lekarz, dr. Jan Harusewicz.—Do parlamentu niemieckiego wszedł Dr. Dziembowski.

(№ 39) — Opłakany stan oświaty i zdrowotności na wsi najwięcej zawsze poruszał serca kobiet naszych. Nawet w chwilach największego ucisku wiele z pomiędzy nich uczyło i leczyło lud, jak mogło i umiało. Wobec szybkiego rozwoju medycyny, a zwłaszcza chirurgii w ostatnich czasach, rwącym się do pracy w tym kierunku kobietom nie mogła już wystarczać tradycya domowa i poradnik lekarski. Od lat kilku, a nawet kilkunastu, poczęły one z różnych stron kraju napływać do Warszawy, by tu się czegoś nauczyć w ambulatoryach bezpłatnych i szpitalach. Taka nauka była połączona z licznemi trudnościami, często ukradkowa, a prawie zawsze dorywcza, niesystematyczna. Pomimo to panie i panny nie zniechęcały się, przyglądały się, korzystały z udzielanych przygodnie wskazówek, a następnie wracały na wieś, by tam pomoc nieść cierpiącej ludności. Osobiście znamy takie panie, które stały się najlepszemi pomocnicami i dobrodziejkami całej okolicy. Dziś z nastaniem względnie swobodniejszych czasów ten prąd wśród kobiet potężnieje i przybiera więcej określony kierunek. Zawiązujące się obecnie na prowincyi stowarzyszenia pod nazwą Kół Pracy Kobiet, pomiędzy innemi zadaniami, pomieszczają i sprawy sanitarne. Tak np. Koło Sandomierskie zajęło się szpitalem, Koło Miechowsko-Jędrzejowskie zwraca uwagę na brak pomocy akuszeryjnej na wsi i dąży do tego, by co najmniej każda gmina miała odpowiednio wykształconą babkę i t. d. Sądzimy, że ten prąd wśród naszych kobiet należałoby poprzeć i pogłębić. We Francyi oddawna już powstały stowarzyszenia, mające na celu szerzenie wśród niewiast pojęć o hygienie oraz zasad pielęgnowania chorych (*Union des femmes de France, Association des dames françaises*). Stowarzyszenia te zainteresowały kobiety sprawami sanitarnemi, zetknęły je ze szpitalami i naogół przyniosły bardzo dużo korzyści. U nas tego zadania mogłoby się podjąć tymczasem Towarzystwo Hygieniczne lub Stowarzyszenie Lekarzy. Jedna z tych instytucyi po-

winna się zająć urządzeniem systematycznych wykładów z hygieny i pielęgniarstwa z zaznaczeniem najważniejszych braków i potrzeb naszych. Nie wątpimy, że takie wykłady znajdą sporo słuchaczek z prowincyi i że przyniosą wiele korzyści, o ile zwłaszcza będą połączone z odpowiedniemi zajęciami praktycznemi. Nie zapominajmy o tem, że niezadługo, być może, wypadnie nam samym zająć się sprawami sanitarnemi, a wówczas kobiety w tej czekającej nas olbrzymiej pracy mogą okazać niemałe usługi. („Gaz. Lek.“ № 6).

(№ 40) — *Wypadki włośnicy* (trychinosis) zdarzają się obecnie w Warszawie, wobec zupełnego braku dozoru nad mięsem.

(№ 41) — *Towarzystwo Biblioteki Publicznej w Warszawie* nadesłało do red. „Czas. Lek.“ następujące zawiadomienie:

„Mamy zaszczyt zawiadomić Szanowną Redakcyę, że w dniu 2 lutego Towarzystwo Biblioteki Publicznej w Warszawie zostało ukonstytuowane i komitet Towarzystwa, obrany na zebraniu organizacyjnem w tymże dniu odbytem, rozpoczął swoje czynności.

Prezes: *S. Dickstein.*
Sekretarz: *S. Michalski.*

(№ 42) — Zawiązane zostało w Warszawie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, którego zadania wyjaśnia ustawa.

1) Stowarzyszenie Lekarzy Polskich pośredniczy pomiędzy lekarzami, szukającemi miejsca a potrzebującemi lekarza osobami i instytucyami.

2) W tym celu urzędnik Stowarzyszenia pod nadzorem jednego z członków Zarządu prowadzi: a) poufną księgę lekarzy poszukujących pracy; b) księgę osób, instytucyi i miejscowości poszukujących lekarzy; c) segregator z odnośną korespondencyą; d) kwitaryusz dochodowy, wreszcie e) rachunki niezależne od ogólnych rachunków Stowarzyszenia.

3) Poufna księga lekarzy obejmuje rubryki na nazwisko i adres, datę zgłoszenia, rok ukończenia uniwersytetu, specyalność, odbytą praktykę szpitalną, wiadomość, czy zamieszka z rodziną, warunki stawiane przez lekarzа (okolica kraju, rodzaj miasta, wysokość pensyi stałej, szpital, mieszkanie bezpłatne) adresy osób polecających, wreszcie rubrykę na odnotowanie korespondencyi Stowarzyszenia. Księgi tej nie daje się do rąk interesantom; urzednik Stowarzyszenia wypisuje z niej i wciąga do niej potrzebne wiadomości.

4) Księga zapotrzebowań lekarzy obejmuje: datę zapotrzebowania; dokładny adres i nazwę najbliższej stacyi drogi żelaznej, odległość od najbliższego lekarza, liczbę ludności i lekarzy w danej miejscowości, liczbę recept wydanych w ostatnim roku z miejscowej apteki, adres obecny poprzedniego lekarza, stałe pensye i adresy osób, od których pensye te zależą, wiadomość o mieszkaniu, stołowaniu i t. p., jeżeli lekarz ma je otrzymać bezpłatnie, wreszcie rubrykę na odnotowanie korespondencyi Stowarzyszenia.

Nadto księga zapotrzebowań obejmować będzie ogłoszenia o posadach w Królestwie i sąsiednich prowincyach Cesarstwa wycięte lub przepisane z pism z datą ogłoszenia oraz wiadomości o posadach, komunikowane ustnie urzędnikowi Stowarzyszenia.

5) Stowarzyszenie nie bierze na siebie obowiązku sprawdzania podanych sobie wiadomości, jakkolwiek starać się o to będzie.

6) Poszukujący lekarzy wnoszą zgóry i bez zwrotu 5 rubli na pokrycie kosztów pośredniczenia, a poszukujący miejsc członkowie Stowarzyszenia — rubla, nie członkowie—2 rb.

7) Za wywieszenie ogłoszenia w sali Stowarzyszenia przez miesiąc, bez zapisywania do księgi, pobiera się 50 kop.

8) Stowarzyszenie lekarzy wydaje na żądanie blankiety z odpowiedniemi rubrykami do wypełnienia.

(№ 43) —„Gaz. Lek.“ (№ 2) pisze: „W dniu 17 b. m. otwarto w Warszawie lokal Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Aktem tym, w którym uczestniczyło około 200-tu lekarzy zrzeszonych, inaugurowano rozpoczęcie, jeżeli nie działalności w ścisłem tego słowa znaczeniu, to w każdym razie życie tego nowego związku zawodowego. Od daty tej posiadamy zatem w stolicy kraju, w Warszawie, instytucyę, która, mając na celu sprawy zawodowe, ekonomiczne kraju naszego, odegrać może i powinna w stosunkach nietylko naszych, lecz wogóle we wszelkich sprawach społecznych, bądź bezpośrednio, bądź tylko pośrednio z medycyną, jako nauką, a także z wykonawstwem lekarskiem związanych, poważną rolę; od tej chwili mnóstwo oddzielnych kółek, rozstrzelonych po całem mieście, a nawet kraju, posiada możność zogniskowania się w jednem miejscu.

Lokal Stowarzyszenia jest także miejscem zebrań towarzyskich, gdzie będziemy mieli możność, w chwilach wypoczynku, u siebie, nie na obcym terenie, korzystać z czytelni, z odczytów, zabawiać się w gry i t. p. Oprócz tego będzie on miejscem do swobodnych, poufnych rozpraw w najrozmaitszych sprawach zawodowo-lekarskich i lekarsko-społecznych, które z natury rzeczy pod obrady Towarzystwa Lekarskiego wejść nie mogą. Stowarzyszenie liczyć może na dużą liczbę członków, a w istocie liczba ich już dość jest pokaźną, ponieważ, oprócz balotowania, inne formalności, co do przyjęcia do zrzeszenia nie istnieją.

Tutaj koledzy młodsi, którzy nie mają sposobności schodzenia się ze starszymi, znajdą możność obcowania z nimi. Przez takie zetknięcie i jedni i drudzy tylko korzyść odnieść mogą. Nie chodzi w tym razie o sprawy naukowe, lub do zastosowania wiedzy się odnoszące, lecz o sprawy społeczno-lekarskie, o sprawy dotyczące stanowiska lekarzy wobec publiczności, lekarzy wobec kolegów. Dawniej, a i dziś jeszcze, na niektórych uniwersytetach w rzędzie przedmiotów wykładanych słuchaczom medycyny była propedeutyka lekarska, a jako rozdział jej—metodologia. Otóż w rozdziale tym w niektórych działach odnośnych znajduje się część, zazwyczaj zatytułowana o warunkach osobistych kandydata medycyny i lekarza. Wprawdzie znaleźć tam można bardzo cenne rady i wskazówki, dotyczące naprzykład postępowania względem chorych i otaczających, względem kolegów, lecz przyznać trzeba, że rzeczy tych żaden uniwersytet, a tembardziej nasz, nauczyć nie może. Uczy tego dopiero życie, lecz dużo skorzystać, wiele przejąć można od starszych doświadczonych praktyków. Sposobność po temu nieraz nastręczyć się może właśnie w klubie, który bezsprzecznie przyczyni się do rozwoju życia koleżeńskiego.

Przy częstem wspólnem obcowaniu wyrównywają się sprzeczne zdania i przeciwne poglądy, normują się na zasadach wyrozumiałości i życzliwości wzajemne stosunki i dochodzi się do porozumienia nawet wtedy, gdy w innych okolicznościach wydałoby się to rzeczywiście wprost nieprawdopodobieństwem.

Lokal Stowarzyszenia będzie tem ogniskiem, w którem zbierać się będą nietylko lekarze warszawscy, lecz i prowincyonalni w razie przyjazdu do Warszawy, co, bezwątpienia, obu stronom tylko na korzyść wyjść może.

Gorączkowa żądza zdobycia sobie przed innymi sławy i mienia oddala nas od siebie i nierzadko, w tem samem mieszkając mieście, nie mamy sposobności zbliżenia się do siebie, aby poznać się lepiej i odsłonić swe szlachetniejsze dążności i pragnienia, które, zespolone jednym ścisłym węzłem zgody, przełamać mogą naturalne trudności lub sztuczne zawody.

Wierzymy w to niezłomnie, że Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie podtrzyma zmysł koleżeństwa i godność zawodową, którą ciężka walka o byt zaćmiewa niejednokrotnie, wnosząc do grona kolegów zarodki niechęci, podejrzliwości i braku ufności.

Wierzymy, iż Stowarzyszenie ze skojarzenia sił zbiorowych, uporządkowanych harmonią myśli i pragnień, a silnych wolą, dokona tych ważnych pod względem zawodowym i społecznym zagadnień i przedsięwzięć, jakie sobie w swym głębiej pomyślanym programie nakreśliło."

Świeżo otwarty lokal Stowarzyszenia Lekarzy Polskich składa się z obszernej czytelni przeznaczonej jednocześnie na salę posiedzeń i odczytów, sali jadalnej, bilardowej, pokoju zebrań towarzyskich, i kancelaryi. Skromne, lecz gustowne umeblowanie (w stylu wiedeńskim) i oświetlenie elektryczne, czynią arcymiłe wrażenie.

Zgromadzonych w dniu otwarcia d. 17 b. m. kolegów powitał prezes, kol. Dunin, i oddał lokal do ich rozporządzenia. Na zakończenie uroczystości odbyła się skromna biesiada, podczas której toastowali na cześć Stowarzyszenia i na powodzenie jego celów i zadań koledzy: wiceprezes Nusbaum, Rottermund, Jakimiak, Bronowski, Trzciński i Neugebauer.

Zamknął zebranie kol. Nusbaum, wnosząc podziękowanie gospodarzowi lokalu, kol. Szumlańskiemu za jego zabiegi przy urządzaniu własnej siedziby Stowarzyszenia.

(№ 44) Towarzystwo hygieniczne warszawskie odczuwa także skutki ogólnego zastoju ekonomicznego. Jeszcze jesienią r. z. był stan Towarzystwa bardzo zły, a zaległości wkładek wynosiły około 2,000 rb. Zasiłek na wydawnictwo „Zdrowia" musiano zmniejszyć 1000 rb. zamiast dawniejszych 2—3 tysięcy. Oddział częstochowski Towarzystwa zamyśla z powodu braku funduszów zamknąć muzeum hygieny ludowej.

(№ 45) — W imieniu komitetu urządzającego tegoroczną wystawę przyrodniczo-lekarską i hygieniczną X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich otrzymaliśmy od dyrektora wystawy d-ra Krzyżanowskiego następujący komunikat:

Wystawa przyrodniczo-lekarska i hygieniczna X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Prace przygotowawcze około urządzenia tej wystawy postępują raźnym krokiem naprzód, a setki zgłoszeń, jakie ciągle jeszcze wpływają, świadczą o wielkiem zainteresowaniu się, jakie wystawa ta powszechnie budzi. To też komitet, nie mogąc pomieścić zgłoszonych przedmiotów w pałacu sztuki, zmuszony jest przybudować do niego całe skrzydło, w którem będą umieszczone całe szeregi wzorowych pokoi ordynacyjnych dla rozmaitych lekarzy specyalistów, cały oddział szpitalny, oddział wodoleczniczy, wzorowe pokoje dziecinne, całe mieszkanie urządzone według najnowszych wymogów hygieny i t. p.

Jednym z najciekawszych przedmiotów wystawy będzie bezsprzecznie wystawa postępowych urządzeń hygienicznych przy zbieraniu i przeróbce mleka, która będzie urządzoną w osobnym pawilonie wybudować się mającem przy hojnym współudziale właścicieli Przeworskiej Mleczarni Andrzeja Księcia Luborskiego i hr. Mycielskiego za fachowemi wskazówkami Profesora Akademii weterynaryi Dr. Gizelta i dyrektora mleczarni przeworskiej p. Oleśnickiego.

(№ 46)—Komitet wystawy przyrodniczo-lekarsk. i hygienicznej X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907 przypomina, że termin do wnoszenia zgłoszeń przedmiotów, na wystawę przeznaczonych, upływa z końcem miesiąca lutego b. r. Poupływie tego terminu zgłoszone przedmioty będą mogły być tylko w takim razie na wystawę przyjęte, jeśli komitet rozporządzać będzie jeszcze stosownem miejscem na ich pomieszczenie. Ze względu zaś, że napływ zgłoszeń jest bardzo wielki, a wystawa zapowiada się niezwykle dobrze, leży w interesie samych wystawców, by

z wnoszeniem swych zgłoszeń się pośpieszyli, a to tembardziej, że przedmiotów później zgłoszonych nie będzie można uwidocznić w katalogu wystawowym.

(№ 47) — Jako odwet za znieważenie wszechnicy lwowskiej przez studentów rusinów (p. Kronika № 29)—wyrzucili studenci polacy z uniwersytetu znajdujących się na wykładach rusinów.

O tym odwecie tak pisze „Kuryer Lwowski“:

„Gdy po gwałcie akademików ruskich, podlegających wprost kodeksowi karnemu, nie nastąpiła dotychczas żadna sprawiedliwość, ani satysfakcya dla oburzonych uczuć społeczeństwa polskiego, gdy owszem pospolite uszkodzenie cudzej własności i obrażenie cielesne sekretarza uniwersytetu podniesiono ze strony ruskiej do godności bohaterstwa, biorąc stąd asumpt do wrogich narodowi polskiemu demonstracyi na ulicach Lwowa, gdy wreszcie w murach uniwersytetu urządzono owacye dla głównych sprawców napadu — wytworzyć się musiało psychologiczne tło, na którem wykwita hasło: gwałt niech się gwałtem odciska.

Ale gwałt pozostaje gwałtem i byłoby najfatalniejszym objawem zdziczenia moralnego, jaki on może pociągnąć, gdybyśmy wytworzyli sobie dwie różne miary etyczne, gdybyśmy potępiali w sporze polsko-ruskim argumenty fizyczne ze strony ruskiej, aprobowali je bez zastrzeżeń,— a zastrzeżeniem może być tylko konieczna samoobrona—ze strony polskiej.

A dalej, ocena faktu politycznego nie polega tylko na uwzględnieniu czynników psychologicznych. Trzeba pamiętać, że sprawa uniwersytecka przeszła już przez kilka faz i dziś jest ona już sprawą wybitnie polityczną. Sami Rusini, oraz ich sojusznicy z Wiednia, przenieśli ją z pola kulturalnego na pole polityki.

Otóż w polityce nie można iść za popędami. Wystąpienie polityczne, którego skutki spadają na naród cały, nie może się tłomaczyć tem, że jest tylko emanacyą nastroju duszy lub nerwów, nie zdających nikomu i z niczego rachunku. Jeżeli nie pamiętała o tem młodzież „czyszcząca“ uniwersytet, winni byli pamiętać jej politycznie wyrobieni duchowi przewodnicy, że jest to chwila, w której zabór rosyjski przeżywa uporczywą walkę o podeptane prawa, chwila, w której w demokratycznej opinii świata należy szukać słów zachęty i uznania dla walczących braci w zaborze pruskim. Nie ulega zaś wątpliwości, że sposób „czyszczenia“ uniwersytetu będzie wyzyskany przez prasę nam wrogą. Jest on też wodą na młyn nacyonalistów ruskich, którzy cieszą się z zajść na uniwersytecie. Cechą bowiem wszystkich obozów nacyonalistycznych jest, że patrzą tylko na krótką metę.

(№ 48) — *X zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.* Prace organizacyjne sekcyi lekarskich przedstawiają się następująco:

XIV. Sekcya chirurgiczna jako zjazd chirurgów polskich. Gospodarz: Radca Dworu prof. dr. M. Ludwik Rydygier (Mickiewicza 8). Sekretarz: Doc. dr. M. W. Herman (Łyczakowska 5).

Posiedzenie wspólne z sekcyą medycyny wewnętrznej: „Leczenie kamicy nerkowej“. Ref. kol. Dunin i Krajewski (Warszawa).

B. Posiedzenie wspólne z sekcyą medycyny wewnętrznej i ginekologiczno-położniczej: „O leczeniu zapalenia otrzewnej“. Ref. Prym. Bogdanik (Kraków).

Nadto czyni gospodarz sekcyi starania, aby do ogólnej dyskusyi w sekcyi przygotować referat: „O znieczuleniu lędźwiowem“.

Wykłady zgłoszono dotychczas następujące: 1. Dr. B. Motz (Paryż): O raku nerek. 2. Tenże: O raku pęcherza. 3. Tenże: O raku gruczołu krokowego. 4. Dr. J. Bogdanik (Kraków): Wyniki leczenia przekrwieniem biernem Biera. 5. Prof. dr. G. Ziembicki (Lwów): Wykład z dziedziny chirurgii dróg moczowych. 6. Tenże: O szwie tętnic. 7. Dr. A. Wolf (Lwów): O uwięźnięciu jelit we wrodzonych otworach krezki. 8. Dr. Z. Leńko (Lwów): Doświadczenia z zakresu czysto- i ureteroskopii. 9. Dr. S. Ruff (Lwów): O wynikach ostatecznych po doszczętnych operacyach przepuklin pachwinowych u żołnierzy. 11. R. dw. prof. R. Rydygier (Lwów): O ostatecznych wynikach po częściowem wycięciu gruczołu krokowego własnym sposobem w przeroście tegoż gruczołu. 12. Tenże: O postępowaniu wobec zastarzałych zwichnięć dużych stawów kończyn. 13. Tenże: O opatrywaniu ran w klinice chirurgicznej lwowskiej. 14. Doc. dr. M. W. Herman. (Lwów): O zagadkowem krwawieniu ze sutków. 15. Tenże: Spostrzeżenia nad praktyczną wartością chromocystoskopii. 16. Tenże: Z kazuistyki nowotworów nerek i pęcherza moczowego. 17. Tenże: Jeszcze słów kilka o następstwach po przecięciu nerki. 18. Dr. A. Rydygier (Lwów): Niektóre uwagi o postępowaniu wobec nowotworów odbytnicy. 19. Tenże: Wpływ rentgenoterapii na twardziel nosa i krtani. 20. Tenże: O nowotworach na kończynach. 21. Tenże: Urethrotomia externa—urethrotomia interna. 22. Dr. M. Jedlicka (Lwów): O rektoromanoskopii z okazaniem przyrządów. 23. Tenże: O przeszczepianiu mięśni sposobem Rydygiera. 24. Tenże: Przypadek mnogich ciał obcych w żołądku i jelitach (z demonstracyą) 25. Tenże: Uwagi krytyczne nad niektórymi sposobami leczenia wypadania prostnicy. 26. Tenże: Okazanie urządzenia rentgenoskopijnego w klinice chirurgicznej lwowskiej i demonstracya niektórych rentgenogramów. Dr. T. Buraczyński (Lwów): O chirurgicznem leczeniu choroby Glénarda. 28. Tenże: O przypadkach wewnętrznej niedrożności jelit i kiszek, leczonych w klinice chirurgicznej lwowskiej. 29. Tenże: O wyborze cięcia do apendoktomii. 30. Tenże: Wnioski o leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego, wysnute na podstawie przypadków, leczonych w klinice chirurgicznej lwowskiej. 31. Tenże: O gruźlicy tętnicy. 32. Dr. J. Selzer (Lwów): O zapaleniu płuc wikłającem przebieg pooperacyjny. 33. Tenże: O wynikach ostatecznych po operacyach obwodowych w przypadkach nerwobolów n. trójdzielnego. 34. Tenże: O gruczolakach zołzowych. Wskazania do operacyi; wyniki po operacyi. 35. Dr. M. Mars (Lwów): O raku języka. 36. Tenże: O wynikach po operacyi Talmy w marskości wątroby. 37. Dr. T. Ostrowski (Lwów): Lymphangiomata. 38. Tenże: O guzach sutków. 39. Tenże: Caries sicca. 40. Dr. J. Stroka (Lwów): Kilka rzadkich guzów jelit i kiszek. 41. Tenże: Uwagi nad leczeniem żylaka powrózka nasiennego.

XV. Sekcya oto-ryno-laryngologiczna. Gospodarz dr. Lesław Gluziński (Wałowa 14). Zastępca gospodarza: dr. Teofil Stachiewicz (Sobieskiego 4). Sekretarz: dr. Orest Litwinowicz (Akademicka 5).

Tematy oficyalne: 1. „Powikłania ze strony uszów w chorobach zakaźnych“. 2. „O rozpoznawaniu i leczeniu chorób zatok nosowych“. W sprawie wyznaczenia referatów dla powyższych tematów zwróciła się S. XV do kolegów warszawskich i poznańskich. Ewentualnie obejmie referat ad 1. dr. Stanisław Zabłocki (Lwów), ad 2. dr. Orest Litwinowicz (Lwów).

XVIII. Sekcya okulistyczna. Gospodarz: prof. dr. Emanuel Machek (Akademicka 11). Sekretarz: doc. dr. Adam Bednarski (Akademicka 5). Temat oficyalny: „Sprawa ubezpieczania od wypadków, dotyczących uszkodzenia narządu wzrokowego ze szczególniejszem uwzględnieniem ustawy austryackiej".

XIX. Sekcya ginekologiczno-położnicza. Gospodarz: prof. dr. Antoni Mars (Kościuszki 14). Sekretarz: dr. Kazimierz Bocheński (Klinika położnicza).

Tematy oficyalne: 1. „O postępowaniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych". 2. O postępowaniu leczniczem w przypadkach spraw zapalnych, przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy".

XX. Sekcya medycyny publicznej. (Hygiena, policya lekarska, badanie środków spożywczych). Gospodarze: R. Dw. dr. Józef Merunowicz (Namiestnictwo—Biuro sanit.), prof. dr. Paweł Kucera (Łyczakowska 133). Sekretarz: dr Napoleon Gąsiorowski (Namiestnictwo—Biuro sanitarne).

(Tematy oficyalne ob. „Przegląd lek." № 6. str. 74, szp. 2).

XXVI. Sekcya wychowania fizycznego. Gospodarz: dr. Fugeniusz Piasecki (Trzeciego Maja 2). Sekretarz: dr. Karol Hornung (29 Listopada 16).

1. Posiedzenie wspólne z sekcyą hygieniczną. Referaty: 1. Stan obecny hygieny szkolnej w Polsce. (Trzej sprawozdawcy, po jednym z każdej dzielnicy). 2. Nauka jedno- i dwurazowa. Ref. prof. Błażek (Stryj). 3. Przerwy szkolne i ich znaczenie zdrowotne. 4. Szkoła wobec kwestyi płciowej. Ref. doc. dr. Witwicki (Lwów).

II. Posiedzenie osobne (w razie większego napływu materyału dwa posiedzenia). A. Referaty: 5. Postępy na polu wychowania fizycznego w Polsce od ostatniego Zjazdu (1900 r.). Sprawozdawcy jak pod 1., ref. dla Galicyi: dr. Eugeniusz Piasecki (Lwów). 6. Praca ręczna jako czynnik wychowania fizycznego: *a*) Pogląd ogólny. Ref. prof. dr. H. Jordan (Kraków), *b*) Systemy slöjdu. Ref. dr. Kozłowski (Warszawa), *c*) Praca w polu młodzieży szkolnej. Ref. prof. Błażek (Stryj). B. Odczyty zgłoszone: dr. Winogradzki (Sambor): Statystyka wychowania fizycznnego w szkołach srednich w Galicyi.

W sekcyi społeczno-zawodowej postanowiło grono organizacyjne warszawskie zająć się wyłącznie sprawami zawodowemi, pozostawiając sprawy społeczno-lekarskie sekcyi hygienicznej. Sprawozdawcą tematu „Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy oraz projekty reform" z Królestwa wybrano d-ra Szumlańskiego (sprawozdawcą z Galicyi będzie r. dw. prof. Jordan). Przedstawicielem sekcyi zawodowej jest w Warszawie dr. Bronowski, który przyjmuje tam zgłoszenia udziału w sekcyi.

III. Sekcya chemiczna i farmaceutyczna ukonstytuowała się, jak następuje: Gospodarz prof. dr. Bronisław Radziszewski (Długosza 6), prof. dr. Stanisław Tołłoczko (Długosza 6), mag. farm. Karol Sklepiński (Grodzickich 2). Sekretarze: Kazimierz Kling, asystent kat. chemii, Stefan Stenzel, mag. farm. stypend. kat. chemii.

VIII. Sekcya filozoficzna. Gospodarz: prof. dr. Kazimierz Twardowski (Gołębia 10). Sekretarz: doc. dr. Jan Łukasiewicz (Łyczakowska 19 A). Sekretarka: Jadwiga Kubalówna (Pełczyńska 1). W Sek. VIII. nie będzie wcale oficyalnych tematów. W zaproszeniu, wysłanem do pracowników na polu filozofii, zaznączono, że przedewszystkiem pożądane są tematy z pogranicza nauk filozoficznych i przyrodniczych, oraz z filozofii nauk przyrodniczych, że jednak można zgłaszać także wszelkie inne tematy z zakresu nauk filozoficznych.

XII. Sekcya medycyny wewnętrznej: 1. Dyagnostyka czynnościowa sprawności serca (ref. kol. Janowski i Rzętkowski z Warszawy). 2. Organoterapia w chorobach wewnętrznych (ref. kol. Latkowski i Szurek z Krakowa).

Dla wspólnego posiedzenia z sekcyą chirurgiczną wybrano temat: Gruźlica narządu moczowego i rodnego (ref. kol. A. Gluziński i L. Rydygier.

Wykłady zgłosili następujący koledzy:

Karwacki (Warszawa): Serodyagnostyka gruźlicy. S. Sterling (Łódź): a) O rokowaniu w gruźlicy płuc. b) Rola tuberkuliny w leczeniu gruźlicy płuc. Lidmanowski (Zagorów): O wewnętrznem leczeniu niedrożności kiszek.

Oddział wewn. II szpitala powszechnego we Lwowie (prym. prof. dr. Wiczkowski): 1) Wiczkowski, M. Selzer i Gittelmacher-Wilenko: Próba zastosowania reakcyi biochemicznych dla celów klinicznych. 2) Domański i Gittelmacher-Wilenko: Doświadczenia z surowicą przeciwgruźliczą Marmorka. 3) Selzer i Gittelmacher-Wilenko: O badaniu sprawności mięśnia sercowego. 4) M. Selzer: Przyczynek do nauki o tężcu. 5) Wiczkowski: Wykład z dziedziny haematologii (Przyczynek eksperymentalny).

Klinika chorób wewnętrznych we Lwowie (dyr. prof. dr. A. Gluziński): 1) Gluziński: a) Ciężka postać niedokrewności a gruźlica, b) *Nephritis achlorica.* 2) Marischler: Wpływ dyety bezchlorowej na czynność nerek. 3) Rencki: a) Policythaemia — w ogólności; b) Policythaemia rubra myelopathica. 4) Balabayder: a) O zachowaniu się czynności żołądka po upływie dłuższego czasu od dokonanej gastroenterostomii przy wrzodzie żołądka; b) Stosunek kamicy żółciowej i jej powikłań, na podstawie materyału sekcyjnego i klinicznego z ostatnich lat 10. 5) Czernecki: a) Hemoliza a hemoglobinurya, b) Mięsak przewodu pokarmowego. 6) Franke: a) Doświadczenia nad wpływem i różnicą działania tuberkuliny ludzkiej i bydlęcej na narządy krwiotwórcze. b) O zaburzeniach czynności serca wskutek zboczeń w przewodnictwie podniet pomiędzy przedsionkami a komorami serca. 7) Grek i Reichenstein: Zachowanie się ciałek białych krwi w razie obecności tasiemca w przewodzie pokarmowym u człowieka. 8) Löw: O fermentacyi kałowej głównie przy zboczeniach czynności chemicznej żołądka. 9) Sabatowski: a) Dalsze spostrzeżenia nad rozpoznawczem znaczeniem lewulozuryi pokarmowej; b) Wyniki badania czynności mięśnia sercowego. 10) W. Ziembicki: a) Unaczynienie wyrostka robaczkowego. b) Kliniczne znaczenie współczynnika rozpuszczalności siarkanu miedziowego w moczu.

XV. Sekcya oto-ryno-laryngologiczna. Gospodarz: dr. Lesław Gluziński. Sekretarz: Dr. Orest Litwinowicz (Akademicka 5).

Tematy oficyalne:

1) „Rozpoznawanie i leczenie raka krtani". Ref. Prof. Dr Pieniążek (Kraków) i Dr. Jan Sędziak i Dr. Ludwik Guranowski (Warszawa).

Prawdopodobnie przyjdzie pod obrady i temat czwarty: „O rozpoznaniu i leczeniu chorób zatok nosowych", do którego postanowiono uprosić na referenta Dr. Dmochowskiego z Warszawy.

Zgłoszone dotychczas wykłady:

1. „Etyologia obrażeń nerwu krtaniowego dolnego czyli wstecznego" Dr. J. Sędziak z Warszawy. 2. „Przyczynek do patologii i terapii ostrego podśluzowego zapalenia krtani". (*laringitis submucosa acuta*)". Tenże: 3. „O t. zw. wyroślach adenoidalnych na podstawie przeszło 1000 dokonanych operacyi". 4. Tenże: „Zaburzenia nosowo-

gardłowo-krtaniowo-uszne w przebiegu chorób dolnych dróg oddechowych. 5. Tenże: (Związek chorób usznych, nosowych i gardłowych z chorobami wewnętrznemi"). D-r. Teofil Stachiewicz ze Lwowa.

XXII. Sekcya dentystyczna. Gospodarz: Doc. Dr. Andrzej Gońka (Kopernika 1).

Gospodarz sekcyi dentyst. komitetu warszawskiego Dr. Gruszczyński (Aleje Jerozolimskie 84) zgłosił następujące tematy:

1. Dr. Leonard Leszczyński (Warszawa). I. Referaty: a) „O leczeniu korzeni", b) „o plombach amalgamatowych". II. Tematy do dyskusyi: a) „O regulowaniu zębów", b) „O zapaleniu dziąseł" (*gingivitis*). 2. Dr. Leopold Brenneisen (Warszawa) „Aluminium w dentystyce ze szczególnem uwzględnieniem zastosowania przy robotach mostkowych". II. Temat do dyskusyi: „Sprawa narkozy w dentystyce". 3. Dr. Franciszek Mayer. (Warszawa). „O krwawieniach po wyrwaniu zębów". 4. Dr: Aleksander Gruszczyński (Warszawa) „Leczenie przetok zębowych". 5. Dr. Tadeusz Sokołowski (Warszawa) „O leczeniu przetok zębowych systemem Biera".

W sekcyi weterynarskiej, której gospodarzem jest Prof. Stan Królikowski (Lwów —Kochanowskiego 33) przyjęto za tematy 1) Warunki niezbędne do skutecznego zwalczania w ramach ustawowych chorób zaraźliwych. 2. Środki i sposoby zwalczania gruźlicy u zwierząt. 3) Róża wąglikowa, jej drogi rozpowszechnienia i środki zapobiegawcze. 4. Choroby zakaźne zwierząt domowych, polegające na obecności we krwi pasorzytów zwierzęcych (plasmodye i t. d.). 5. Najnowsze kierunki w hodowli i w żywieniu zwierząt domowych. 6) Znaczenie hodowli drobiu i ryb dla gospodarstwa krajowego. 7) Stosunek weterynaryi do mleczarstwa. 8) Utrzymanie stajenne i pastwiskowe zwierząt domowych ze względu na ustawę policyi weterynaryjnej. 9) Najnowsze kierunki w hodowli i w żywieniu zwierząt domowych. 10) Wpływ melioracyi gruntów na zdrowotność zwierząt (wąglik, róża świń, łomikość, ślepota miesięczna i t. d.). 11) Stosunki weterynaryjne w ziemiach polskich.

Zgłoszono zaś wykłady następujące

1. W. Biliński (Brody) a) Markowanie trzody chlewnej, b) Własny, oryginalny projekt zaopatrywania zwierząt w pasporty stałe. 2. Królikowski a) O potrzebie zmiany ustawy o chorobach zwrotowych pod względem tak zwanej ślepoty miesięcznej z powodu upowszechnienia się badania oczu u koni za pomocą wziernika; b) Program wykładów z działu nauk weterynaryjnych dla różnych kategoryi szkół rolniczych i wykładów popularnych dla włościan i mieszczan. 3. J. Fedecki (Kalisz) Statystyka włośnicy (*trichinosis*) w rzeźniach gubernii kaliskiej. 4. S. Fibich: Rzut oka na choroby ryb. 5. J. Szpilman Potrzeba utworzenia przy Akademiach weterynaryjnych zakładów do badania chorób zakaźnych zwierzęcych, ze względów naukowych i ekonomicznych. 6. F. Fried a) Niepłodność u bydła, b) Ronienie zakaźne. 7. Z. Markowski Ujednostajnienie we wszystkich państwach oględzin bydła i produktów spożywczych zwierzęcego pochodzenia. 8. K. Panek O. związku pryszczycy (zarazy pyskowo-racicowej) ze schorzeniami osesków karmionych mlekiem zwierząt chorych na tę zarazę. 9. W. Grabski Ubezpieczenie inwentarza żywego od wypadku i chorób.

(№ 49) — Osoby, kończące wydział lekarski mogą, według wyjaśnienia ministeryum oświaty, otrzymywać świadectwa nauczyciela domowego z przedmiotów wyliczonych w dyplomie.

(№ 50) — W forcie Aleksandrowskim w Kronsztacie umarł na dżumę dr. M. Szrajber, powiększając liczną już listę ofiar na ołtarzu nauki. Zmarły zaraził się dżumą 27. II w pracowni fortu, gdzie dokonywano badań nad zarazkiem dżumy; 1. III już nie żył. Jest to piąty wypadek dżumy laboratoryjnej, której ofiarą padli lekarze: Müller w Wiedniu w 1898 roku, dr. Camara Pestano w Lizbonie w tym samym roku, trzeci wypadek był w Berlinie w 1903 r., gdzie ofiarą nauki padł dr. Saks, czwartym był zarządzający pracownią w Kronsztacie W. Turczynowicz-Wyżnikiewicz, piątym jest dr. Szrajber. Dr. Podlewski, który się opiekował zmarłym kolegą i sam zapadł na dżumę, wyzdrowiał.

(№ 51) — Na zasadzie prawa francuskiego z r. 1906, pozwalającego poszkodowanym przy pracy robotnikom szukać pomocy u każdego lekarza, obecnie powstała w Paryżu lecznica w celu udzielania bezpłatnej pomocy lekarskiej i prawnej robotnikom poszkodowanym przy pracy. Lecznicę założył powszechny związek pracy.

(№ 52) — Długość życia we Francyi wzrosła od roku 1876 o 15% i wynosi obecnie przeciętnie $46^1/_3$ lat zamiast dawnych $40^1/_6$ lat.

Wydawca: Dr. S. Serkowski. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Druk A. Karskiego w Łodzi.